LANE
MEDICAL LIBRARY
JANE LATHROP STANFORD
JEWEL FUND

COLLECTION
DES THÈSES
SOUTENUES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS.

AN 1829.

TOME SIXIÈME.

THÈSE 167 à 202.

THE
PROPERTY
OF THE
N.Y. YORK HOSPITAL

PARIS.
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Maçons-Sorbonne,
N°. 13.

LANE LIBRARY

WI
P232

DISSERTATION

N°. 167.

SUR

LE CANCER DU RECTUM,

ET SUR L'EXTIRPATION DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE CET INTESTIN ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 *août* 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR J.-M.-J.-T. PINAULT, de Saint-Pern,

Département d'Ille-et-Vilaine ;

Interne des hôpitaux de Paris ; Prosecteur des cours de médecine opératoire de M. *Lisfranc ;* Membre de la Société anatomique.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

27552

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	GAYOL. CHOMEL, *Suppléant.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau, *Suppléant.*
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Examinateur.*	Velpeau.
Gerdy, *Examinateur.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR

LISFRANC,

Chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié ; Agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; Professeur de médecine opératoire et de clinique chirurgicale, etc.

Agréez, monsieur, l'expression de ma vive reconnaissance et de mon sincère attachement, pour l'amitié dont vous avez bien voulu m'honorer. Je n'oublierai jamais que je vous dois de ne pas sortir des hôpitaux de Paris sans avoir souvent mis en pratique sur le vivant les excellens principes de médecine opératoire que j'ai puisés dans vos cours. Si j'obtiens un jour quelques succès comme opérateur, c'est à vous que j'en serai redevable.

A MONSIEUR

DESFONTAINES,

Professeur de botanique au Jardin du Roi ; Membre de l'Institut ; Chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

Hommage de reconnaissance et de vénération au savant modeste, qui, par son caractère et ses vastes connaissances, honore le plus la Bretagne.

J.-M.-J.-T. PINAULT.

DISSERTATION

SUR

LE CANCER DU RECTUM,

ET SUR L'EXTIRPATION DE LA PARTIE INFÉRIEURE
DE CET INTESTIN.

Il est fort difficile dans l'état actuel de la science de déterminer avec précision la maladie que les pathologistes ont décrite sous les noms vagues de *cancer*, de *squirrhe*, de *rétrécissement*, de *coarctation* du rectum. Pour peu qu'on y réfléchisse, on ne tarde pas à se convaincre qu'ils ont rassemblé sous ces diverses dénominations plusieurs lésions qui n'ont souvent pour caractère commun que d'être la terminaison grave d'autres affections, et de produire, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, une telle désorganisation des parois du rectum et des tissus qui l'environnent, qu'il devient tout à fait impossible de les ramener à l'état normal. Quiconque a étudié ces lésions avec soin, doit savoir qu'elles diffèrent souvent entre elles sous le rapport de leur cause, de leur siége et de leur texture; c'est en tenant compte de ces différences, et surtout de la période plus ou moins avancée du cancer, qu'on cessera de s'étonner des opinions si opposées qu'ont émises

sur son traitement des hommes également recommandables par leur talent et leur bonne foi. En effet, qu'on lise les ouvrages de *Morgagni*, de *Desault*, de *Bichat*, et l'on verra qu'ils considèrent les squirrhosités du rectum comme susceptibles de guérison, tandis que *Ruysch*, *Valsalva*, *Bayle* et MM. *Cayol*, *Boyer*, les regardent comme toujours incurables. Fondé sur la dissection que j'ai pu faire d'un assez grand nombre de cancers du rectum, je pense que les expressions de *squirrhosités*, de *squirrhe*, de *cancer*, doivent être considérées comme des termes génériques, comprenant plusieurs altérations pathologiques différentes. Ainsi donc, pour nous le cancer du rectum, quelle que soit d'ailleurs sa cause, consistera tantôt dans des végétations ou des ulcérations carcinomateuses de la membrane muqueuse, avec ou sans altérations des autres tuniques, tantôt dans une hypertrophie, soit générale, soit partielle du tissu sous-muqueux avec ou sans altérations des autres membranes. Je crois que cette manière d'envisager le cancer du rectum est la plus philosophique, la seule qui puisse permettre de concilier ce que les auteurs ont écrit sur cette maladie. En suivant cette marche, je craindrai d'autant moins de m'égarer, que c'est celle que M. *Andral* a adoptée dans son Traité d'anatomie pathologique, en parlant des lésions du tube digestif.

Caractères anatomiques.

Le cancer du rectum se présente quelquefois sous forme de végétations, qui sont presque toujours la suite de chancres, d'excroissances syphilitiques dégénérées, ou d'hémorrhoïdes ulcérées. Dans quelques cas, elles se développent sans cause appréciable. C'est cette forme du cancer que les auteurs désignent sous le nom de *carcinome*. Ces végétations cancéreuses se manifestent le plus souvent au pourtour de l'anus, s'étendent plus ou moins loin sur la peau voisine, et remontent dans l'intérieur du rectum à des hauteurs variables. Elles sont quelquefois isolées; d'autres fois elles sont tellement rapprochées, qu'il devient impossible de distinguer la muqueuse et la peau

dans leur intervalle. Leur surface est ulcérée, rougeâtre : il en suinte continuellement un liquide ichoreux très-fétide. Elles sont très-douloureuses, plus ou moins faciles à déchirer, saignant quand on les touche ou qu'elles sont froissées par le passage des matières fécales. Ces végétations semblent prendre naissance dans la muqueuse, ou dans la peau, dont le tissu est épaissi et squirrheux. Presque toujours, lorsqu'elles existent depuis long-temps, l'induration squirrheuse s'empare consécutivement des autres tuniques de l'intestin, et même dans quelques cas du tissu cellulaire qui l'environne.

Il est une autre variété du carcinome qui peut se développer sur la muqueuse du rectum ; elle consiste dans une ulcération qui peut être unique ou multiple, d'une étendue et d'une forme variables ; ses bords sont durs et renversés ; ils sont constitués par une hypertrophie de la muqueuse et du tissu cellulaire subjacent. Le fond de ces ulcérations repose le plus souvent sur le tissu cellulaire sous-muqueux, plus ou moins altéré. Il est tantôt déprimé et grisâtre, tantôt il s'en élève des excroissances comme charnues, rougeâtres, saignant avec plus ou moins de facilité. Ces ulcérations sont tantôt arrondies, tantôt ovalaires, quelquefois allongées, lorsqu'elles succèdent à des fissures dégénérées. J'ai fait tout récemment l'autopsie d'un individu qui avait succombé à une de ces ulcérations carcinomateuses développée à la suite de la pédérastie. Lorsque ce malade entra à l'hôpital de la Pitié, il était réduit à un tel degré de marasme et de cachexie cancéreuse, qu'il fut impossible de tenter l'extirpation de la partie inférieure du rectum. Il existait chez lui une ulcération circulaire, qui s'étendait depuis le pourtour de l'anus jusqu'à un pouce et demi au-dessus du sphincter. Cette ulcération avait complètement détruit la muqueuse et le tissu cellulaire subjacent. Le fond de cet ulcère était formé par la tunique musculaire, qui semblait comme disséquée : ses fibres étaient hypertrophiées, et séparées dans plusieurs points par des cloisons circulaires d'une épaisseur variable. Ces cloisons étaient constituées par un tissu blanc, très-dur, qui n'était probablement qu'une hypertrophie du tissu cellu-

laire, qui dans l'état sain se trouve interposé entre les fibres de la membrane musculaire. A un pouce et demi au-dessus de l'orifice anal existait un bourrelet circulaire ayant quatre lignes de hauteur, rétrécissant tellement l'intestin, qu'il était impossible d'y introduire l'extrémité du petit doigt. Ce bourrelet était formé par un épaississement de la partie inférieure de la muqueuse, au-dessous de laquelle se trouvait un tissu blanc, grisâtre, très-dur, d'environ deux lignes d'épaisseur, envoyant des prolongemens entre les fibres de la tunique musculaire. Il arrive quelquefois que les ulcérations dont je parle perforent la cloison recto-vésicale ou vaginale, et qu'elles établissent des fistules communiquant soit avec le vagin, soit avec la vessie. *Desault* a rapporté, dans son journal, des observations de ce genre.

Le cancer du rectum se présente le plus souvent sous forme d'induration du tissu cellulaire sous-muqueux. C'est le squirrhe proprement dit des pathologistes. Cette induration peut être générale ou partielle. Quand elle est générale, elle porte sur toute la circonférence de la partie inférieure du rectum; elle s'étend quelquefois jusqu'à deux, trois et quatre pouces au-dessus de l'orifice anal. Dans quelques cas, elle est bornée au pourtour de l'anus, et ne s'élève pas à plus d'un demi-pouce dans l'intérieur de l'intestin. Le tissu sous-muqueux dans cet état d'induration, que M. *Andral* désigne sous le nom d'*hypertrophie* est d'un blanc grisâtre, d'une consistance qui varie depuis celle de la couenne de lard jusqu'à celle de la corne ou du cartilage. L'épaisseur de ce tissu sous-muqueux est quelquefois portée au point de rétrécir tellement la partie inférieure du rectum, que les malades ne peuvent plus rendre les matières fécales, et qu'il devient difficile d'y introduire l'extrémité d'une sonde ou d'un stylet très-fin. Dans quelques cas, la muqueuse qui recouvre ce tissu squirrheux est à l'état sain; c'est ce que j'ai observé sur un malade opéré par M. *Lisfranc*, à la Maison de Santé de la rue de Valois. Chez cet homme, dont l'observation est rapportée à la fin de cette thèse, la muqueuse était lisse, blanche, sans augmentation d'épaisseur. Au-dessous d'elle existait, dans toute la circonférence de la partie infé-

rieure du rectum, une couche de tissu grisâtre, de consistance cartilagineuse ayant environ quatre lignes d'épaisseur.

Dans le plus grand nombre des cas, la membrane muqueuse est plus ou moins altérée; elle peut être épaissie, colorée en brun noirâtre, fongueuse, ulcérée. Lorsque le squirrhe existe depuis longtemps, il finit aussi par envahir la tunique musculaire. On commence d'abord par apercevoir entre ses fibres, plus ou moins atrophiées, des prolongemens squirrheux se présentant souvent sous forme circulaire; plus tard, on ne trouve plus aucune trace de la tunique musculaire, le squirrhe l'a convertie en un tissu homogène. *Morgagni*, *Desault*, *Copeland*, citent des observations dans lesquelles le squirrhe s'est emparé non-seulement de la totalité des parois du rectum, mais encore du tissu cellulaire et des autres organes qui l'avoisinent. Lorsque le cancer parcourt toutes ses périodes, le tissu squirrheux se ramollit, s'injecte, et présente cette variété du cancer que les pathologistes désignent sous le nom d'*encéphaloïde*. C'est alors que la membrane muqueuse, qui ne s'ulcère que secondairement, présente toutes ces végétations et ces ulcérations que j'ai décrites plus haut comme pouvant s'y développer primitivement. J'ai rencontré tout récemment sur le rectum d'une femme opérée par M. *Lisfranc* à l'hôpital de la Pitié, une substance blanche, molle, transparente, ressemblant à de la gélatine, logée dans de petites cellules, au milieu des parois squirrheuses de l'intestin. Je crois que cette altération avait beaucoup d'analogie avec le cancer colloïde des auteurs.

Il arrive souvent que le tissu cellulaire sous-muqueux s'hypertrophie d'une manière partielle; on voit alors se développer sur un point quelconque des parois du rectum une ou plusieurs tumeurs, très-variables sous le rapport de leur nombre, de leur siége, de leur volume et de leur forme : quelquefois ces tumeurs squirrheuses sont uniques, d'autres fois elles sont multiples. *Morgagni* rapporte l'observation d'une femme morte à l'hôpital de Bologne, sur laquelle il rencontra plus d'une vingtaine de ces tumeurs développées dans les parois du rectum, depuis l'anus jusqu'à cinq pouces au-dessus; il dit

qu'elles avaient la grosseur d'une fève, et il les compare à des glandes conglobées; il pense qu'elles avaient pris naissance dans les glandes de l'intestin. Il est probable que cette opinion de *Morgagni* est erronée, et que ces tumeurs n'étaient autre chose que des indurations partielles du tissu cellulaire sous-muqueux. M. *Andral* rapporte dans son Traité d'anatomie pathologique une observation semblable à celle de *Morgagni;* mais il pense, avec raison, que ces tumeurs dépendent d'une hypertrophie partielle du tissu sous-muqueux. J'ai rencontré moi-même cinq fois ces indurations partielles du rectum, et je me suis convaincu, par une dissection attentive, qu'elles avaient leur siége dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Le plus souvent ces tumeurs squirrheuses m'ont paru situées sur une des parties latérales du rectum au-dessus du sphincter de l'anus. Dans quelques cas, on en rencontre sur toute la circonférence de la partie inférieure de cet intestin, jusqu'à deux ou trois pouces au-dessus de l'orifice anal. J'en ai observé une fois sur toute la longueur du rectum. J'ai fait, il n'y a pas long-temps, l'autopsie d'une femme qui portait une tumeur de cette nature; elle était implantée à la partie supérieure du rectum; elle avait à peu près le volume d'un œuf de poule; elle était supportée par un pédicule arrondi d'environ quatre lignes de diamètre. Sa surface était ulcérée, ramollie, fongueuse, d'une couleur brune. A deux lignes de sa surface, on trouvait un tissu blanc, lardacé. Si cette femme n'avait pas succombé à une inflammation de l'estomac, qui fut suivie de perforation, M. *Lisfranc* comptait exciser cette tumeur, dont la ligature avait déjà été faite six mois auparavant par des chirurgiens de province. Cette opération eût été d'autant plus facile à pratiquer, que, par les efforts presque continuels que la malade faisait pour aller à la selle, la partie supérieure du rectum s'était invaginée dans la partie inférieure, de sorte que la tumeur descendait jusqu'à l'orifice anal.

Le volume de ces indurations partielles varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un œuf de poule; on en a même vu de la grosseur du poing; elles sont tantôt supportées par un pédicule étroit,

tantôt par une large base. La forme de ces tumeurs varie; le plus ordinairement elle est arrondie, quelquefois en grappe. M. *Boyer* en a trouvé une qu'il compare à une fraise de veau ; la muqueuse qui recouvre ces tumeurs est épaissie, fongueuse, le plus souvent ulcérée. Leur surface est ramollie, saignant facilement, d'une coloration brune ou noirâtre. Le centre de ces hypertrophies partielles est souvent constitué par un tissu blanc grisâtre, d'une consistance remarquable. On n'y aperçoit aucune trace de vaisseaux, d'autres fois il présente des points ramollis d'une coloration rougeâtre.

Il n'est pas rare de rencontrer l'hypertrophie partielle du tissu sous-muqueux, non plus sous forme de tumeur, mais bien sous forme d'un anneau qui a la plus grande ressemblance avec la valvule pylorique. J'ai souvent entendu M. *Lisfranc*, dans ses excellentes leçons de Clinique chirurgicale, comparer ces rétrécissemens circulaires à ceux que l'on rencontre si souvent dans le canal de l'urètre. Ces squirrhes valvulaires sont assez fréquens : *Valsalva* en avait rencontré dans sa pratique. Depuis, *Morgagni*, *Desault*, *Copeland*, *Calvert*, en ont fait mention dans leurs ouvrages. J'ai remarqué que ces rétrécissemens annulaires étaient le plus souvent situés à un pouce et demi ou deux pouces au-dessus de l'anus ; on en trouve quelquefois plusieurs placés les uns à la suite des autres. Leur étendue en hauteur varie ; le plus souvent elle m'a paru être de trois à quatre lignes. Leur épaisseur est quelquefois telle, qu'il n'existe plus à leur centre qu'une très-petite ouverture, qui ne permet pas d'y engager l'extrémité du doigt. J'ai eu deux fois occasion d'examiner l'organisation de ces rétrécissemens valvulaires : une fois sur le cadavre, l'autre fois sur la partie inférieure d'un rectum enlevé par M. *Lisfranc*. J'ai vu, dans ces deux cas, que cette espèce de valvule était formée par un épaississement circulaire du tissu sous-muqueux accompagné d'induration. Vis-à-vis le rétrécissement la muqueuse offrait une coloration brune et une épaisseur assez considérable ; elle était ulcérée dans quelques points. On voyait à sa surface de petites fongosités rougeâtres, molles, faciles à déchirer avec les doigts. Il était très-difficile de distinguer les

fibres de la tunique musculaire, qui paraissaient comme atrophiées par le développement considérable du tissu sous-muqueux. Le plus souvent, les parois du rectum sont saines au-dessus et au-dessous de ces rétrécissemens valvulaires.

Étiologie.

Le cancer du rectum se montre principalement dans l'âge mûr; cependant il n'est pas rare de le voir à une époque moins avancée de la vie. M. *Boyer* l'a observé une fois chez un jeune homme de dix-huit ans. J'ai remarqué que lorsqu'il dépend d'une affection vénérienne dégénérée ou de la pédérastie, on le rencontre presque toujours entre vingt-cinq et quarante ans; que si, au contraire, il survient, sans cause connue ou à la suite d'hémorrhoïdes, il se manifeste le plus souvent entre quarante et soixante ans. D'après *Desault* et *Copeland*, il est plus commun chez les femmes. *Cullerier* et M. *Boyer* l'ont observé plus fréquemment chez les hommes : le premier attribue la cause de sa plus grande fréquence chez les hommes à l'habitude de la pédérastie. A l'hôpital de la Pitié, où les cancers du rectum sont très-communs, j'en ai rencontré sur dix-neuf, quinze chez des femmes; elles y sont surtout exposées à l'époque de la cessation des menstrues

Parmi les causes déterminantes, on doit ranger en première ligne la syphilis. On voit souvent à la suite des blennorrhagies ou des chancres du rectum négligés ou mal traités survenir les ulcérations carcinomateuses dont j'ai parlé en décrivant l'anatomie pathologique. Il est une autre cause très-fréquente du cancer du rectum, c'est l'habitude d'un commerce antiphysique. L'introduction souvent répétée dans le rectum d'un corps qu'il n'est pas destiné à recevoir, finit presque toujours par y déterminer une phlegmasie, qui, passant à l'état chronique, a souvent pour terminaison funeste l'épaississement et l'induration du tissu sous-muqueux. Cette maladie est quelquefois la suite de tumeurs hémorrhoïdales soumises à des inflammations ré-

pétées. Ces tumeurs, continuellement froissées par le passage des matières fécales, peuvent ne pas se terminer par une résolution complète : elles restent dans un état permanent d'engorgement, s'indurent, s'ulcèrent, et au bout d'un temps plus ou moins long dégénèrent en cancer. *Morgagni* dans son chapitre de *Adstrictione recti*, et M. *Portal* dans son Anatomie médicale, en citent plusieurs exemples. On a vu le cancer du rectum se manifester après la suppression d'une dartre. *Desault* en rapporte deux observations. *Simon Schultz* en cite une autre. Il dit qu'un seigneur allemand dont la peau était couverte de dartres, s'étant refusé à l'application d'une exutoire, fit usage de purgations, qui parurent d'abord le soulager; mais après la disparition de la dartre, il ne tarda pas à être atteint d'un cancer du rectum. Les fissures à l'anus long-temps irritées par le passage des matières stercorales peuvent, selon *Montègre*, dégénérer en cancer. La constipation prolongée chez les individus qui ont l'anus naturellement étroit, l'usage habituel de lavemens irritans ou de purgatifs agissant principalement sur le rectum, le séjour d'un corps étranger dans cet intestin (Archives de médecine), les affections cutanées siégeant sur le pourtour de l'anus, peuvent produire les maladies cancéreuses du rectum. Enfin, dans un assez grand nombre de cas, cette maladie se développe sans qu'on puisse en reconnaître la cause.

Symptômes et marche.

L'invasion du cancer du rectum s'annonce par un sentiment de gêne et de pesanteur au fondement, par des douleurs le plus souvent sourdes, quelquefois momentanées, qui se font sentir dans la partie inférieure de l'intestin. L'excrétion des matières fécales est difficile, douloureuse, accompagnée de ténesme; le besoin d'aller à la selle se reproduit souvent, et chaque fois les malades ne rendent que de petites quantités de matières stercorales, souvent suivies de mucosités glaireuses et sanguinolentes. A cette époque de la maladie, il y a quelquefois par l'anus un écoulement puriforme plus ou moins

abondant. Si l'on explore alors le rectum à l'aide du toucher, on ne sent qu'un léger engorgement uniformément répandu sur la partie inférieure de l'intestin, difficile à apprécier même pour les praticiens exercés ; quelquefois un tubercule peu volumineux, dur, sensible à la pression. Quand la maladie est le résultat d'un commerce contre-nature, on trouve le sphincter anal dilaté, et la partie inférieure du rectum présente la forme d'un entonnoir dont la base est en bas.

Lorsqu'au bout d'un temps plus ou moins long l'engorgement squirrheux a fait des progrès, les douleurs sont plus aiguës, quelquefois lancinantes. La cavité de l'intestin se rétrécit ; les selles deviennent de plus en plus laborieuses ; elles sont accompagnées de coliques et d'une anxiété extrême. Les malades se présentent un grand nombre de fois à la garde-robe, avant de pouvoir rendre une petite quantité de matières stercorales. Les parties les moins consistantes sont les seules qui puissent être expulsées ; les plus dures s'accumulent au-dessus du rétrécissement, et donnent lieu à des envies fréquentes d'aller à la selle. Si, à cette époque assez avancée de la maladie, on porte le doigt dans le rectum, on rencontre tantôt un bourrelet squirrheux environnant la partie inférieure de l'intestin, et ne remontant quelquefois dans son intérieur qu'à la hauteur de quelques lignes. Tantôt c'est un engorgement squirrheux occupant d'une manière uniforme toute la circonférence du rectum, s'étendant le plus ordinairement à un ou deux pouces au-dessus du sphincter, et dans quelques cas beaucoup plus haut. Quelquefois on sent sur une des parties du rectum une induration circonscrite plus ou moins saillante. D'autres fois on trouve un grand nombre de tubercules durs, plus ou moins rapprochés les unes des autres, siégeant sur une partie ou sur la totalité de la circonférence du rectum, et s'élevant à des hauteurs variables. Dans quelques cas, toute la partie inférieure de l'intestin paraît saine ; on ne rencontre qu'à un ou deux pouces, et même plus haut, un rétrécissement valvulaire, présentant à son centre une ouverture étroite dans laquelle on a souvent beaucoup de peine à engager l'extrémité du doigt. Il existe quelquefois plusieurs de ces rétré-

cissemens placés les uns à la suite des autres. Lorsqu'ils sont situés à une certaine hauteur, et qu'on veut explorer l'état de l'intestin au-dessus, il faut, pendant qu'on porte le doigt dans leur ouverture, engager le malade à pousser comme s'il voulait aller à la selle. Pendant ces efforts, l'intestin s'abaisse quelquefois de plus d'un pouce; je suis parvenu par ce moyen à explorer l'état des parois du rectum au-dessus de certains rétrécissemens, qui au premier abord paraissaient trop élevés pour que le doigt pût arriver au-delà. Quelquefois leur ouverture est tellement étroite, qu'on ne peut pas la traverser; il devient alors tout à fait impossible de constater dans quel état se trouve l'intestin au-dessus du rétrécissement : ce qui est, pour le dire en passant, une contr'indication à l'ablation d'une partie du rectum. Dans quelques cas, le toucher fait reconnaître sur les parois de l'intestin une ou plusieurs ulcérations carcinomateuses, environnées d'un engorgement squirrheux.

On conseille aussi d'explorer le rectum avec le *speculum ani*. M. *Lisfranc* pense qu'on ne peut le mettre en usage que lorsque la maladie est peu avancée; car pour peu que le rétrécissement soit un peu considérable, on s'expose à produire des froissemens et des déchirures qui ne peuvent qu'accélérer la marche de l'affection cancéreuse.

Lorsque le cancer du rectum est arrivé à une période aussi avancée, il finit par rétrécir tellement la cavité de l'intestin, que l'excrétion des matières fécales devient de plus en plus difficile. Il arrive quelquefois que les malades se privent d'alimens pour se soustraire aux tourmens qu'ils éprouvent pour aller à la selle. Les matières fécales ne traversent l'espèce de filière que présente l'intestin que sous forme de ruban ou de cordon cylindrique. L'engorgement squirrheux, faisant continuellement des progrès, amène quelquefois l'occlusion presque complète de l'intestin. Les matières s'accumulent au-dessus du rétrécissement; on peut les sentir à travers les parois abdominales dans l'S iliaque et le colon. La distention de l'intestin peut être portée au point d'être suivie de rupture. Les malades succombent alors assez prompte-

ment avec les symptômes d'un étranglement ou d'une inflammation du péritoine : cette terminaison est assez rare, le plus souvent la maladie parcourt ses périodes avec plus de lenteur. Le tissu squirrheux se ramollit, s'ulcère. A mesure que l'ulcération fait des progrès, elle détruit l'obstacle au passage des matières stercorales. La constipation est remplacée par un dévoiement colliquatif. C'est alors qu'on voit quelquefois l'ulcération, dans ses envahissemens progressifs, perforer la cloison recto-vaginale ou recto-vésicale, détruire la totalité des parois de l'intestin, et s'étendre même sur la peau voisine de l'anus. Il s'écoule continuellement du rectum un liquide ichoreux, fétide et sanieux. Les malades, minés par une fièvre lente, maigrissent de jour en jour ; leur peau présente une coloration jaune paille. Ils arrivent ainsi au dernier degré du marasme, et périssent avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse au milieu des plus cruelles souffrances.

Traitement.

Les praticiens ne sont point d'accord sur le traitement du cancer du rectum ; ils ont émis à cet égard des opinions tout à fait contradictoires. Beaucoup d'entr'eux le considérant comme n'étant pas susceptible de guérir, n'ont dirigé contre lui que des moyens palliatifs. Cependant tout le monde sait que *Desault* a obtenu, à l'aide d'un traitement méthodique, la cure radicale d'un grand nombre de squirrhosités du rectum. Les observations détaillées qu'il a publiées dans son journal ne laissent aucun doute à ce sujet. Je n'ignore pas que la plupart des auteurs qui ont écrit depuis ce célèbre chirurgien ont prétendu qu'il n'avait pas guéri de véritables cancers, mais simplement des affections syphilitiques ou des engorgemens lymphatiques du rectum. Il faut avouer que, dans un assez grand nombre de cas, les squirrhosités traitées par *Desault* reconnaissaient pour cause l'infection vénérienne ; mais il est étonnant que ceux qui ont fait cette objection aient rangé la syphilis parmi les causes les plus fréquentes du cancer du rectum ; car on pourrait leur soutenir que *Desault* a guéri

des squirrhes produits par une affection vénérienne dégénérée. Mais il y a plus : en lisant avec attention les observations rapportées dans le journal de *Desault*, il est facile de se convaincre qu'il y en a quelques-unes où les squirrhosités du rectum développées sans cause connue ont été guéries par la simple compression, sans qu'aucun traitement spécifique ait été employé. D'après ces faits et quelques autres que j'ai recueillis à l'hôpital de la Pitié, il est démontré qu'on peut espérer guérir dans quelques cas des squirrhes du rectum, quand la maladie n'est pas trop avancée. C'est pour cette raison que je diviserai son traitement, 1°. en celui où la cure radicale peut être obtenue sans opération ; 2°. en celui où la maladie ne peut guérir que par une opération ; 3°. en celui où la maladie est au-dessus des ressources de l'art.

Une question importante à résoudre, est de savoir quand on doit essayer d'obtenir sans opération la cure radicale du cancer du rectum. Je pense qu'on ne peut l'espérer que lorsque la maladie est peu avancée, qu'elle existe à l'état de squirrhe sans ulcération ni ramollissement. La première indication qui se présente alors à remplir est de combattre la cause sous l'influence de laquelle le cancer s'est développé. Quand il a été déterminé par une affection syphilitique, on doit commencer par administrer un traitement antivénérien. Comme la maladie est presque toujours constitutionnelle et plus ou moins invétérée, il faut associer les sudorifiques aux préparations mercurielles, et continuer ce traitement pendant deux ou trois mois. Lorsque le cancer est survenu à la suite de la suppression d'une dartre, comme dans l'observation de *Simon Schultz*, il faut tâcher de la rappeler à son siége primitif, en appliquant sur la partie un vésicatoire, ou en y faisant des frictions irritantes. Dans le cas où une évacuation quelconque aurait été supprimée, il faudrait tâcher de la rétablir.

Après avoir rempli ces indications préliminaires, et chaque fois qu'il n'existe pas de cause spéciale à combattre, on doit mettre en usage la méthode de traitement que je vais indiquer. Mais avant d'aller plus loin, il est nécessaire d'établir parmi les squirrhes du rectum

la distinction que M. *Lisfranc* établit parmi les squirrhes des autres parties du corps. Il les divise en *aigus* et en *chroniques*. Cette division est très-importante sous le rapport du traitement; car les moyens qui conviennent dans le squirrhe chronique peuvent être nuisibles dans le squirrhe aigu. On reconnaîtra que le cancer du rectum est à l'état aigu, toutes les fois qu'il sera accompagné d'un sentiment de cuisson dans le fondement, de douleurs plus ou moins vives, avec ténesme et envies fréquentes d'aller à la selle. Si, dans ce cas, on avait recours de prime-abord à la compression, comme le conseillent tous les chirurgiens, elle serait presque toujours nuisible; il arriverait souvent que les malades ne pourraient pas la supporter. L'expérience m'a prouvé que quand le cancer du rectum se présente sous cette forme, il est avantageux de commencer son traitement par les évacuations sanguines. Si le sujet est fort, d'un tempérament pléthorique, on débutera par une ou deux saignées du bras, qu'on pratiquera à trois ou quatre jours d'intervalle. Ces saignées générales en désemplissant le système sanguin ont l'avantage de favoriser la résorption de la matière squirrheuse : on doit ensuite avoir recours à l'application de trente à quarante sangsues autour de l'anus. On répétera ces applications de sangsues tous les cinq à six jours, en se réglant sur l'état du pouls et sur les forces du sujet. En même temps qu'on emploie les évacuations sanguines, on a soin de délayer les matières fécales par des lavemens émolliens et oléagineux, afin que, devenues plus liquides, elles produisent moins d'irritation en passant sur les parties squirrheuses. Quand on a vidé complètement le rectum, on peut y faire des injections émollientes, soit avec des décoctions mucilagineuses, soit avec du cataplasme demi-liquide, qu'on doit laisser séjourner dans l'intestin. On administre de temps en temps quelques bains généraux, conseillés par *Valsalva*, qui plaçait dans l'anus de ses malades une canule de gomme élastique percée de plusieurs trous, afin que le liquide du bain pût parvenir jusque sur les parties squirrheuses. Le régime doit être adoucissant; on réduit les malades à la moitié de l'alimentation ordinaire. Les alimens sont tirés du règne végétal, et choisis

parmi ceux qui fournissent le moins de féces. On doit insister sur ce traitement tant qu'il produit de l'amélioration dans les symptômes du squirrhe. Si les évacuations sanguines avaient l'inconvénient de trop affaiblir les malades avant que le cancer fût amené à l'état chronique, il faudrait les suspendre pendant quinze à vingt jours. Au bout de ce temps il arrive que le malade a repris des forces, et qu'on peut revenir impunément aux applications de sangsues, qu'on répète de temps en temps, jusqu'à ce que les douleurs du rectum soient calmées.

Lorsqu'on a amené le squirrhe à l'état indolent, ou presque indolent, ou lorsqu'il se présente primitivement sous cette forme, on doit avoir recours à la compression, qui a réussi un grand nombre de fois entre les mains de *Desault*. J'ai observé moi-même, à l'hôpital de la Pitié, d'assez nombreux succès obtenus par ce moyen contre les squirrhes chroniques de la mamelle. La compression agit en atrophiant la matière squirrheuse. Elle a de plus l'avantage de faciliter l'excrétion des matières fécales en dilatant le rectum. On se sert pour la faire de bougies, de canules en gomme élastique, et de tentes de charpie.

Les chirurgiens anglais, parmi lesquels on compte surtout MM. *Copeland* et *Calvert*, conseillent d'exercer la compression à l'aide de bougies en gomme élastique. Ces bougies doivent être d'un diamètre tel, qu'après les avoir enduites d'une couche d'huile, on puisse les introduire dans le rectum avec facilité. Ces corps solides ont l'inconvénient de ne pas se mouler sur l'intestin, et de produire une irritation qui les rend souvent insupportables. Les canules de gomme élastique ont été conseillées dans le double but de dilater les parties rétrécies et de livrer passage aux matières fécales, afin de préserver de leur contact irritant les parois intestinales. *Desault* les a employées à l'Hôtel-Dieu sur plusieurs malades, et il n'a jamais vu les matières, ni même les gaz sortir par ces canules. Elles ont, comme les bougies, l'inconvénient de ne pas se plier à la forme de l'intestin. Il peut ensuite arriver que la muqueuse, ou même la totalité des parois du rectum, venant à s'invaginer dans la partie supérieure de ces canules, y

éprouve une sorte d'étranglement. Les chirurgiens français rejettent avec raison ces corps durs et solides ; ils préfèrent généralement exercer la compression à l'aide des tentes, conseillées par *Claudinus* et *Desault*. Elles sont faites de brins de fils liés ensemble par le milieu. On les enduit de cérat, et on les introduit dans le rectum jusqu'au-dessus du rétrécissement, avec un porte-mèche en forme de stylet fourchu. Pour les introduire avec facilité et sans douleur, il faut suivre avec soin les différentes courbures que présente le rectum. Ces mèches, composées de substances molles, se plient facilement à la forme de l'intestin, et produisent beaucoup moins d'irritation que les bougies et les canules. Il est inutile de dire qu'on ne doit augmenter leur volume que graduellement. Il arrive souvent qu'elles déterminent de la douleur les premières fois qu'elles sont placées ; il faut alors les enlever au bout de quelques heures. On les introduit de nouveau le lendemain, et on a soin de les laisser séjourner pendant un temps un peu plus long. Peu à peu le rectum s'accoutume à la présence de ce corps étranger, et on arrive graduellement à ne plus les changer qu'une fois dans les vingt-quatre heures.

Malgré toutes ces précautions, la compression peut être douloureuse et ramener le squirrhe à l'état aigu ; il faut alors la suspendre pendant quelques jours, et combattre par les antiphlogistiques la trop grande excitation qu'elle a déterminée. Au bout d'un temps plus ou moins long, le squirrhe revient à l'état indolent ; on reprend de nouveau la compression avec les précautions indiquées. Lorsque celle-ci a été employée pendant quelque temps, et qu'elle ne produit plus aucune douleur, on peut enduire les mèches d'onguent mercuriel, qui agit comme spécifique dans le cas où la maladie est de nature vénérienne, et qui peut agir comme fondant dans les autres cas. C'est aussi à cette époque de la maladie qu'on doit faire autour de l'anus des frictions, soit avec l'onguent mercuriel, soit avec la pommade d'hydriodate de potasse, et qu'on peut appliquer autour du bassin, vis-à-vis les échancrures ischiatiques, des révulsifs, tels que des vésicatoires, des moxas, des cautères, des

sétons. On doit surveiller avec le plus grand soin l'action de ces moyens thérapeutiques : toutes les fois qu'ils ne produisent qu'une légère excitation, on continue leur usage ; mais, dès que le malade se plaint de ressentir des douleurs un peu vives dans le rectum, il faut les suspendre, et si l'excitation qu'ils ont produite persiste à un degré trop élevé, il faut revenir à une application de sangsues autour de l'anus, aux bains, aux injections émollientes et mucilagineuses. Quand le squirrhe passe de nouveau à l'état indolent, on revient à l'usage de la compression, des fondans et des révulsifs. C'est par ces moyens, combinés suivant les indications, et continués avec une grande persévérance, qu'on peut espérer obtenir la guérison radicale du cancer du rectum, lorsqu'il n'existe qu'à l'état de squirrhe, sans ulcération ni ramollissement; mais il ne faut pas se flatter de réussir toujours, même dans les cas qui paraissent les plus favorables à l'emploi de ce traitement. L'expérience vient souvent démontrer le contraire ; il arrive, dans un grand nombre de cas, que la maladie n'est que rendue stationnaire, et qu'au bout d'un temps plus ou moins long elle fait de nouveaux progrès, qui ne peuvent plus être arrêtés par les moyens précédemment indiqués. Il faut alors avoir recours à différens procédés chirurgicaux, qui varient suivant la forme qu'affecte le cancer.

Quand le squirrhe du rectum se présente sous forme annulaire, et qu'il n'est pas situé à une trop grande hauteur dans l'intestin, il faut mettre en usage l'opération suivante, qui a été imaginée par *Wiseman*, et qui depuis a été couronnée d'un plein succès entre les mains de MM. *Copeland*, *Calvert*, *Richerand*, etc. On introduit le doigt indicateur de la main gauche dans le rectum ; un bistouri boutonné, dont la lame est garnie de linge jusqu'à cinq ou six lignes de la pointe, est dirigé le long de ce doigt jusqu'au-delà du rétrécissement, qu'on doit inciser sur différens points de sa circonférence. Après qu'on a pratiqué ces incisions, il faut porter dans le rectum une mèche de charpie volumineuse, enduite de cérat, pour que les lèvres en restent écartées, et qu'elles puissent se cicatriser séparé-

ment. On doit continuer l'usage de ces mèches pendant tout le temps nécessaire pour la cicatrisation de ces incisions ; il est même très-important de les employer encore quelque temps après la guérison, à cause de la tendance qu'ont tous les canaux une fois rétrécis à se coarcter de nouveau. On voit quelquefois survenir, à la suite des incisions que l'on pratique sur ces rétrécissemens valvulaires, une inflammation assez vive du rectum pour que les malades ne puissent pas supporter la présence de la mèche ; il est inutile de dire qu'il faut la combattre par des applications de sangsues autour de l'anus, des lavemens émolliens et des bains généraux. Tant que cette inflammation existe à un degré très-élevé, il ne faut pas laisser séjourner la mèche dans le rectum. Pour empêcher les incisions de se réunir, il suffit de l'introduire une ou deux fois dans le courant de la journée, et de la retirer au bout de quelques minutes. On peut encore remplir le même but, et avec moins de douleur pour le malade, en poussant de temps en temps dans le rectum le doigt indicateur, qui en écarte les incisions. Ce n'est que lorsque l'inflammation est diminuée qu'on laisse la mèche à demeure dans l'intestin. J'ai vu guérir par ce procédé, qui n'est pas ordinairement suivi de danger, des squirrhes valvulaires qui avaient résisté à la compression employée de la manière la plus méthodique.

Il peut arriver que tous ces moyens échouent, et que la maladie continue de faire des progrès. Dans d'autres circonstances, qui sont malheureusement les plus fréquentes, la forme du cancer et sa période trop avancée ne permettent pas d'y avoir recours ; alors que reste-t-il à faire? Faut-il, comme le conseillent tous les praticiens, abandonner la maladie à elle-même et se borner à un traitement palliatif? Mais les malheureux qui en sont atteints sont voués à une mort certaine, d'autant plus cruelle, qu'elle se fait long-temps attendre, et qu'elle n'arrive qu'au milieu des plus affreuses souffrances. Il est évident qu'il n'y a qu'un seul moyen qui puisse sauver ces infortunés, c'est d'avoir recours, comme dans les cancers situés sur la surface du corps, à l'extirpation de la partie qui en est le siége. Tous

les chirurgiens qui ont écrit sur le cancer du rectum ont regardé l'excision de la partie inférieure de cet intestin comme impraticable. *Morgagni* rapporte un cas où un chirurgien avait tenté inutilement une pareille opération, croyant avoir affaire à des hémorrhoïdes; il s'attache ensuite à prouver combien l'excision du rectum doit être dangereuse, à cause des nerfs et des vaisseaux volumineux qui environnent la partie inférieure de cet intestin. *Desault* dit dans ses œuvres chirurgicales : « Nous ne parlerons pas de l'excision : comment, en effet, « hasarder une pareille opération, incertain et de la hauteur où se « propage la maladie dans l'intestin et de l'épaisseur des parties « qu'elle occupe? » Les auteurs du Dictionnaire des sciences médicales, ceux du Dictionnaire abrégé, ceux du Dictionnaire de médecine, MM. *Boyer*, *Delpech*, *Copeland*, *Calvert*, s'expriment à peu près de la même manière en parlant de l'excision du rectum. Cependant il existe, dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, une observation qui prouve que *Faget* avait pratiqué avec succès l'excision d'un pouce et demi de la partie inférieure du rectum, dans un cas où cet intestin avait été dénudé de toutes parts, à la suite de deux vastes abcès qui avaient complètement détruit le tissu cellulaire des deux excavations ischio-rectale. Mais d'après toutes les recherches que j'ai pu faire, je crois que M. *Lisfranc* est le premier qui ait osé tenter, dans un cas de cancer, l'extirpation de la totalité de la partie inférieure du rectum. Cette opération, non moins hardie qu'utile à l'humanité, est sans contredit une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne; elle pourra désormais soustraire à une mort inévitable la plupart des individus atteints de cette terrible maladie. Déjà elle a été pratiquée un assez grand nombre de fois pour que je puisse en tracer les règles avec précision; je vais donc indiquer les cas où elle peut être faite, son mode d'exécution, les soins qu'exige la plaie qui en résulte pour être conduite à guérison, l'état dans lequel se trouvent les malades après la cicatrisation complète de la plaie, les accidens qui peuvent en être la suite, et la manière de les combattre. Je rapporterai ensuite, à la fin de ma thèse,

les cas où cette opération insolite a réussi et ceux où elle a échoué.

Pour que l'excision de la partie inférieure du rectum puisse être tentée, il faut que le doigt indicateur, porté dans l'intestin, puisse arriver au-dessus des limites du mal. J'ai vu M. *Lisfranc* enlever jusqu'à trois pouces et demi de la partie inférieure du rectum. Avant d'entreprendre cette opération, il faut aussi s'assurer, autant que faire se peut, de l'étendue en épaisseur qu'a la maladie ; car il est certain qu'on éprouverait les plus grandes difficultés dans son exécution si le cancer avait envahi non-seulement toutes les tuniques de l'intestin, mais encore le tissu cellulaire situé dans les deux excavations ischio-rectales et les organes voisins, telle que la totalité de la cloison recto-vaginale chez la femme, ou la prostate et le canal de l'urètre chez l'homme. J'ai vu M. *Lisfranc* pratiquer l'excision du rectum sur un malade qui était dans ce cas. Le squirrhe s'étendait à une partie du tissu cellulaire qui environne le rectum, et se prolongeait jusqu'au canal de l'urètre et à la prostate. Après avoir fait au tour de l'anus les deux incisions semi-lunaires que j'indiquerai, il fut impossible, en introduisant le doigt dans le rectum, de faire saillir cet intestin, on fut obligé de le disséquer profondément enfoncé entre les deux tubérosités sciatiques. On éprouva les plus grandes difficultés pour enlever toutes les parties malades ; et M. *Lisfranc* pensa dès-lors qu'on pouvait peut-être regarder ce cas comme une contr'indication à l'opération. C'est par le toucher qu'on pourra reconnaître que le cancer du rectum occupe une plus ou moins grande épaisseur de tissu; on en jugera surtout par la mobilité des parois de l'intestin, qui peut être facilement abaissé quand le tissu cellulaire qui l'environne n'est pas squirrheux.

Comme l'extirpation du rectum est une opération longue et douloureuse, il est inutile de dire qu'elle ne doit pas être tentée chez les personnes très-avancées en âge, affaiblies par de longues souffrances qui les auraient plongées dans le marasme et la cachexie cancéreuse. Il faut aussi explorer avec soin les principaux organes des différentes

cavités, pour bien s'assurer qu'il n'y existe aucune lésion organique.

L'appareil instrumental nécessaire pour faire l'excision du rectum se compose de bistouris convexes, droits et boutonnés; de ciseaux droits et courbes, d'érignes simples et doubles, de pinces à disséquer, et de ligatures. L'appareil à pansement doit renfermer une compresse carrée enduite de cérat, des bourdonnets et des plumasseaux de charpie, des compresses, un bandage en T; il faut de plus des éponges et des bassins remplis, les uns d'eau tièdes, les autres d'eau froide.

Quelque temps avant de pratiquer l'opération, il faut avoir la précaution de faire prendre un lavement au malade, afin de débarrasser le rectum des matières fécales qu'il pourrait contenir. On doit aussi avoir soin de raser les poils du périnée et du pourtour de l'anus.

Le malade doit être placé sur un lit ou sur une table garnie de matelas. Il est couché sur le côté, les cuisses à demi-fléchies; des aides l'assujettissent dans cette position. L'un d'eux tend les tégumens environnans l'anus; un autre aide est chargé de présenter les instrumens à l'opérateur. Le chirurgien tenant de la main droite un bistouri convexe en première position, tendant de la gauche les tégumens, fait à un pouce environ de l'orifice anal deux incisions semi-lunaires, comprenant la peau et se réunissant en avant et en arrière du rectum. Il peut arriver, comme je l'ai vu sur deux individus, que des végétations, ou des ulcérations carcinomateuses existent sur la peau voisine de l'anus, et qu'il soit nécessaire de faire ces deux incisions à une plus grande distance du rectum pour pouvoir emporter toutes les parties malades. On dissèque ensuite la peau en dirigeant le tranchant du bistouri vers le rectum; on isole celui-ci de toutes parts. Ces deux incisions ont pour avantage de permettre d'abaisser le rectum et de le faire saillir en bas de plus d'un pouce, lorsqu'on tire sur lui, après avoir introduit dans son intérieur le doigt indicateur. Quand le cancer est superficiel, qu'il est borné à la muqueuse, ou qu'il ne s'étend pas au-delà des tuniques de l'intestin; quand, en même temps, il ne s'élève pas à plus d'un pouce au-dessus de l'anus, il est facile, en recourbant le doigt indicateur introduit dans le rectum et en tirant

en bas, de renverser l'intestin sur lui-même, de manière à mettre toute la maladie à découvert. Il suffit alors de fendre la partie du rectum renversée, et de l'exciser en la contournant avec de forts ciseaux courbes sur le plat. Quand la maladie se présente sous cette forme, l'opération est aussi simple que facile à exécuter. Les fibres du sphincter externe ne sont presque jamais enlevées en totalité, et après la cicatrisation de la plaie, les malades ne sont nullement gênés dans l'acte de la défécation. C'est cette manière d'opérer que M. *Lisfranc* a d'abord mise en usage pour emporter les cancers du rectum. Il y avait été amené par la dissection qu'il avait pu faire de quelques cancers situés sur les muqueuses ou sur la peau, et qui lui avait prouvé qu'ils étaient souvent plus superficiels qu'on ne le croit généralement. Le nommé Poulain, qui est le premier malade sur lequel M. *Lisfranc* a pratiqué l'excision du rectum, lui parut affecté d'un de ces cancers superficiels. Ce qui le confirma dans cette idée, c'est qu'en portant deux doigts dans le rectum, et en les recourbant, il attirait presque tout le mal à l'extérieur. Cet homme était fort et bien constitué; il était pénible de le voir succomber à une pareille maladie. M. *Lisfranc*, après l'avoir examiné pendant quelque temps, se décida à l'opérer par le procédé que je viens d'indiquer, et un plein succès couronna son entreprise.

Quand le cancer a envahi la totalité des tuniques de l'intestin et le tissu cellulaire qui l'environne, quand il remonte à la hauteur de deux ou trois pouces, on ne peut plus mettre en usage le procédé opératoire que je viens de décrire. L'opération devient alors plus compliquée : il faut, après avoir fait les deux incisions semi-lunaires et disséqué la partie inférieure du rectum dans toute sa circonférence, pratiquer avec de forts ciseaux droits, dirigés sur le doigt indicateur introduit dans l'intestin, une incision parallèle à son axe. Cette incision doit être faite sur la partie postérieure du rectum, parce que cet endroit est celui où l'on rencontre le moins de vaisseaux et où il y a moins à craindre d'ouvrir le péritoine, ou de blesser quelque organe important. L'incision doit être prolongée jusqu'au-dessus des limites

du mal. Elle a pour avantage de permettre de dérouler l'intestin et de laisser voir la maladie dans toute son étendue. Comme il y a toujours dans ces différentes incisions quelques artérioles ouvertes, il faut suspendre l'opération pendant deux ou trois minutes, et placer dans la partie inférieure du rectum et sur la plaie une éponge imbibée d'eau froide. L'astriction produite par le froid arrête promptement le suintement sanguin qui masque les parties sur lesquelles on doit opérer. Quand on retire l'éponge, on peut facilement juger de l'étendue du mal et de sa nature ; la plaie ne fournit pas plus de sang que si l'on opérait sur le cadavre. On implante alors sur la partie inférieure du rectum deux ou trois érignes, dont on se sert pour le tenir abaissé.

Quand on pratique l'opération sur une femme, et que l'intestin est malade dans toute sa circonférence, un aide doit porter deux doigts dans le vagin pour abaisser et faire saillir la cloison recto-vaginale. Le chirurgien commence alors par disséquer la partie inférieure du rectum correspondant au vagin. Cette dissection doit être faite avec beaucoup de lenteur et de précaution, afin d'éviter la perforation de la cloison recto-vaginale. L'aide qui est chargé de la faire saillir, doit avertir l'opérateur du plus ou moins de distance qui existe entre ses doigts et le bistouri ; un autre aide a soin d'éponger le sang à mesure qu'il s'écoule et qu'il masque les parties. Lorsque, par cette dissection toujours longue et difficile, on a détaché le rectum du vagin, il est plus facile de séparer le reste de sa circonférence, qui est plus lâchement unie aux parties environnantes. Le rectum étant isolé de toutes parts, on en pratique l'excision au-dessus du mal avec des ciseaux courbes sur le plat.

Quand on opère chez un homme, il faut, avant de commencer l'opération, introduire dans le canal de l'urètre une sonde qui sert à le faire distinguer, pendant qu'on dissèque la partie antérieure du rectum. Cette sonde doit être confiée à un aide intelligent, qui a soin d'avertir l'opérateur dès que son bistouri s'approche de l'urètre. Le chirurgien lui-même la saisit de temps en temps d'une main et lui

fait exécuter quelques mouvemens, tandis qu'il touche du doigt indicateur de l'autre, afin de bien s'assurer de la position du canal de l'urètre et de l'épaisseur des parties molles qui le recouvrent. Quand le cancer du rectum ne s'élève pas à plus d'un pouce et qu'il est superficiel, l'extirpation de la partie inférieure de cet intestin est aussi facile chez l'homme que chez la femme; mais dans le cas où la maladie remonte à deux ou trois pouces, et où le tissu cellulaire environnant le rectum est squirrheux, l'opération devient des plus difficiles. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parvient à séparer le rectum de la partie antérieure de la prostate, dont on pourrait facilement confondre le tissu, à cause de sa couleur et de sa consistance avec celui du squirrhe. Ce qui augmente encore les difficultés, c'est que la circonférence inférieure du bassin est plus étroite chez l'homme que chez la femme; on est d'ailleurs privé d'un grand avantage qu'on a chez cette dernière, c'est de pouvoir introduire les doigts dans le vagin pour faire saillir le rectum. Ces difficultés que j'indique dans le cas où on opère chez l'homme, ne doivent pas faire renoncer à l'opération, quand le cancer ne s'élève pas à plus de deux pouces et qu'il ne s'étend pas trop profondément en épaisseur. Lorsqu'on s'est exercé sur le cadavre, et qu'on a bien présentes à l'esprit toutes les dispositions d'anatomie chirurgicale de la région anale, on parvient à triompher de toutes ces difficultés.

Dans tous les cas, que l'on pratique l'opération chez l'homme ou chez la femme, je crois devoir prévenir ceux qui la tenteront qu'elle est toujours longue et laborieuse, à cause des précautions qu'on est sans cesse obligé de prendre pour ne pas blesser soit le vagin chez la femme, soit le canal de l'urètre ou la prostate chez l'homme.

Les artères qui peuvent être ouvertes dans l'excision de la partie inférieure du rectum sont, l'hémorrhoïdale inférieure, la branche superficielle de la honteuse interne, la transverse du périnée, les hémorrhoïdales moyennes, les rameaux de terminaison de l'hémorrhoïdale supérieure. Je ne pense pas qu'on puisse blesser le tronc de la hon-

teuse interne, dont on reste toujours assez éloigné. Il faut lier ces vaisseaux à mesure qu'ils sont ouverts. Sans cette précaution, le sang qui s'écoule masque les parties; on est obligé d'agir en aveugle, et on court sans cesse risque de porter le bistouri sur des organes importans. Quand on ne veut pas en faire la ligature pendant l'opération, il faut se hâter de la terminer, tandis qu'un aide arrête l'hémorrhagie en plaçant les doigts sur les extrémités des artères ouvertes. On ne lie alors les vaisseaux qu'après l'opération; mais j'ai remarqué que, dans ce cas, on éprouvait toujours plus de difficulté, car une fois qu'on a coupé la partie inférieure du rectum, celui-ci remonte assez haut pour qu'il soit quelquefois difficile de le saisir avec les doigts et de l'attirer en bas. Il existe un autre inconvénient, c'est qu'en abaissant ainsi l'intestin et la partie supérieure de la plaie, il arrive souvent qu'on comprime le vaisseau qui fournit l'hémorrhagie; il devient impossible de l'apercevoir, parce que le sang cesse de couler. Il faut alors saisir l'intestin sur un autre point de sa circonférence, sans toutefois le laisser remonter; on voit aussitôt un jet de sang qui annonce l'endroit où se trouve l'artère. Le plus ordinairement les vaisseaux qui sont ouverts dans l'extirpation du rectum sont peu volumineux. Cependant il arrive quelquefois qu'ils ont acquis un volume assez considérable sous l'influence de l'affection cancéreuse. On peut se convaincre de ce que j'avance en lisant l'observation de Marie Lefèvre. Chez cette femme, l'hémorrhoïdale inférieure, qui fut ouverte, donnait un jet de sang aussi considérable que celui qu'aurait fourni l'artère radiale à la partie inférieure de l'avant-bras.

Quand l'opération est terminée, et qu'on a fait la ligature des artères les plus volumineuses, le malade est reporté dans son lit. S'il n'a pas perdu trop de sang, si le pouls est encore fort, il faut bien se garder de recourir au tamponnement, qui a toujours le grave inconvénient d'irriter la plaie et de favoriser le développement des accidens inflammatoires. M. *Lisfranc* ordonne de laisser couler le sang tant que le malade n'est pas menacé de syncope. Il se forme ordinairement un caillot dans la plaie, et l'écoulement du sang cesse le plus souvent

une ou deux heures après l'opération. Quand le pouls se soutient, et qu'on n'a pas à craindre l'hémorrhagie, il faut enlever le caillot et laver les environs de la plaie avec de l'eau tiède. Lorsqu'il n'y a plus aucun suintement de sang, on fait le pansement de la manière suivante : on recouvre la plaie d'un linge fenêtré enduit de cérat ; on place par-dessus des plumasseaux de charpie, des compresses, et on soutient le tout avec un bandage en T. Le malade est mis à une diète absolue ; on lui prescrit des boissons adoucissantes, et une potion calmante composée de quatre onces d'eau distillée de laitue, d'une demi-once de sirop diacode, et de quinze à vingt gouttes d'éther sulfurique.

Le plus ordinairement le pouls commence à se relever cinq à six heures après l'opération. Il devient presque toujours nécessaire de pratiquer une saignée du bras d'une ou deux palettes, pour prévenir les accidens inflammatoires. Quand l'excision du rectum a été pratiquée chez une femme, on est obligé de la sonder pendant les quinze à vingt premiers jours pour empêcher les urines de couler sur la plaie. On lui évite d'ailleurs, par le cathétérisme, les douleurs très-vives qu'elle ressent dans la plaie lors de la contraction du bas-fond de la vessie et des muscles de la paroi abdominale. On ne lève ordinairement le premier appareil que le lendemain de l'opération. S'il arrivait qu'il fût sali par les urines ou par les matières fécales, il faudrait le renouveler auparavant. On trouve presque toujours à chaque pansement la plaie et la partie inférieure du rectum remplies de matières stercorales ; il faut les enlever avec le doigt indicateur enduit de cérat : on s'en sert en même temps pour écarter les parois de la partie supérieure de la plaie et pour empêcher leur agglutination ; on la nettoie ensuite en y faisant des injections d'eau tiède. On continue de faire le pansement de la manière indiquée. Quand le sujet est fort et le pouls développé, il est presque toujours utile de revenir à la saignée du bras dans les premiers jours qui suivent l'opération, quoiqu'il ne se manifeste pas d'accident. Vers la fin du troisième jour, la plaie commence à entrer en suppuration ; le pus qu'elle fournit est

ordinairement fétide, d'une odeur particulière, semblable à celle qui s'exhale des vastes abcès stercoraux. La sécrétion du pus devient, vers le sixième ou le huitième jour, tellement abondante, qu'il est nécessaire de renouveler le pansement trois ou quatre fois dans l'espace de vingt-quatre heures. Il se forme quelquefois dans le tissu cellulaire des deux excavations ischio-rectales des clapiers plus ou moins profonds, où il s'accumule du pus et des matières fécales. Il faut avoir soin de les enlever à chaque pansement, soit en y portant le doigt, soit en y faisant des injections d'eau tiède. Ces cul-de-sacs sont le plus souvent placés du côté sur lequel le malade se couche habituellement. Dès qu'on les a reconnus, il faut qu'il se tienne sur le côté opposé, ou mieux encore sur le dos, de manière que la partie inférieure de la plaie se trouve dans la position la plus déclive, pour pouvoir fournir au pus un écoulement facile. J'ai quelquefois observé que le meilleur moyen de l'évacuer est d'ordonner au malade de pousser, comme s'il voulait aller à la selle. Quand tout se passe d'une manière heureuse, on commence, vers le dixième ou douzième jour, à donner des bouillons légers, puis des potages : on arrive successivement à une nourriture plus substantielle. Au bout de trois à quatre semaines, on voit diminuer peu à peu la sécrétion du pus; la plaie devient moins douloureuse; des bourgeons charnus de bonne nature recouvrent toute sa surface; la peau est attirée de la circonférence vers le centre. Tant qu'elle peut prêter à la cicatrice, celle-ci paraît marcher avec une rapidité étonnante. La solution de continuité diminue quelquefois de plus de moitié dans l'espace de huit jours. Dès qu'on s'aperçoit que la plaie commence à se rétrécir, il faut introduire dans la partie inférieure du rectum une mèche de charpie volumineuse enduite de cérat. L'introduction de cette mèche exige beaucoup de précautions, car il serait facile de se fourvoyer, si on n'avait pas bien présentes à l'esprit la direction et la position qu'affecte la partie inférieure du rectum. Quand, à cette époque, on porte pour la première fois le doigt dans la plaie, on ne trouve qu'une cloison formée par les releveurs de l'anus, et on serait tenté de croire, au premier abord, que l'ouverture de l'intestin

est complètement oblitérée; elle est affaissée sur elle-même, et on ne la rencontre qu'en dirigeant le doigt fortement en arrière vers la base du coccyx. Pour introduire la mèche sans douleur, il faut préalablement porter le doigt indicateur gauche dans la partie inférieure de l'intestin, et refouler en avant le bourrelet que forme la lèvre antérieure de son ouverture. On suit alors dans l'introduction de la mèche la direction d'une ligne qui, partant du centre de la plaie, irait se rendre vers la base du coccyx. Quand elle a franchi l'ouverture inférieure du rectum, il ne faut plus la pousser dans la direction indiquée, car on irait froisser la partie postérieure de l'intestin, et on se trouverait arrêté par le sacrum. On lui fait exécuter un léger mouvement de bascule, de telle sorte que son extrémité inférieure soit portée en arrière, et la supérieure en avant. Les mèches qu'on introduit dans le rectum doivent égaler, au moins par leur volume, la capacité ordinaire de l'intestin. Il vaut mieux qu'elles soient trop volumineuses que trop petites, car la plaie a toujours une grande tendance à la coarctation. Il est souvent nécessaire, pour empêcher la partie inférieure de se rétrécir plus qu'il ne convient, de placer à côté de la mèche des bourdonnets de charpie qu'on y enfonce avec force. Quand la solution de continuité n'est presque plus douloureuse, et que les bourgeons charnus sont très-développés, il faut tremper la mèche dans une solution de chlorure d'oxyde de sodium, dont le degré de concentration doit varier suivant le plus ou moins de sensibilité de la plaie. Si ce moyen ne suffit pas pour les réprimer, il faut les cautériser avec du nitrate d'argent fondu ou avec un pinceau trempé dans une dissolution de proto-nitrate acide de mercure. Une fois que les tégumens ne peuvent plus fournir à la cicatrice, la plaie marche beaucoup plus lentement vers la guérison; on voit naître de la peau, lorsque son ouverture ne présente plus qu'un pouce de diamètre, une pellicule mince qui remonte vers la partie inférieure de l'intestin. Une autre pellicule semblable partant de la muqueuse du rectum descend vers la peau : l'une et l'autre se rencontrent vers le milieu de l'espace compris entre la partie inférieure de l'intestin et les tégumens.

Malgré les soins les plus assidus qu'on puisse apporter au pansement de la plaie résultant de l'excision de la partie inférieure du rectum, il est rare qu'elle soit cicatrisée avant qu'il se soit écoulé deux mois depuis l'opération. Une fois que la guérison est complète, il est encore indispensable de faire porter une mèche au malade, lorsqu'on a enlevé la totalité de la partie inférieure de l'intestin; car, si on la supprime à cette époque, il arrive souvent que le canal formé par la cicatrice se rétrécit, et que les malades éprouvent plus ou moins de difficulté pour aller à la selle. Au bout de deux ou trois mois, on voit ordinairement disparaître cette tendance à la coarctation. Dans un seul cas, elle a persisté à un faible degré. La malade y a remédié en s'introduisant elle-même, tous les deux ou trois jours, une mèche qu'elle enlevait lorsqu'elle voulait se présenter à la garde-robe. L'incontinence des matières fécales, qui semblerait devoir être le résultat nécessaire de l'excision du rectum, et qui a beaucoup contribué, je pense, à empêcher les chirurgiens de tenter cette opération, n'a été observée sur aucun des malades opérés. Il se forme, aux dépens des fibres circulaires de l'intestin et de l'insertion de celle des releveurs de l'anus, à la partie supérieure de la cicatrice, une espèce de bourrelet qui remplit les fonctions de sphincter. La pellicule qui constitue la cicatrice, et qui tapisse le canal étendu depuis le bourrelet jusqu'à la peau, a beaucoup d'analogie avec les membranes muqueuses. Elle est seulement plus lisse, sans villosités.

Je ferai remarquer que le nouveau sphincter dont je parle se trouve plus élevé que dans l'état naturel, et que sa hauteur varie suivant qu'on a excisé une plus ou moins grande étendue du rectum. Il arrive quelquefois que les matières stercorales un peu dures, après avoir franchi ce bourrelet, séjournent au-dessous dans le canal inerte résultant de la cicatrice. On peut facilement les extraire à l'aide du doigt ou d'un lavement. Lorsqu'au contraire les matières fécales sont très-liquides, et qu'il existe une irritation des intestins, les opérés sont obligés de se présenter très-souvent à la garde-robe. Il arrive même quelquefois qu'ils ne peuvent pas retenir leurs matières. Ils emploient pour les conserver

un bourdonnet de charpie qu'ils placent dans la partie inférieure du canal formé par la cicatrice. Les inconvéniens que je viens de signaler, et qui sont le résultat de l'opération, me paraissent assez légers, et ne peuvent pas être pris en considération, quand il s'agit d'une maladie qui entraîne nécessairement la mort au milieu des douleurs les plus atroces.

Après l'excision de la partie inférieure du rectum, les événemens ne sont pas toujours aussi simples et aussi heureux que je viens de l'indiquer. Il peut survenir divers accidens qui sont : l'hémorrhagie, une série de phénomènes nerveux, l'inflammation du tissu cellulaire ou des veines du bassin, la péritonite.

L'hémorrhagie est un accident beaucoup plus rare qu'on ne pourrait le croire, si l'expérience ne l'avait pas démontré. J'ai souvent vu pratiquer l'excision du rectum, sans qu'il ait été nécessaire de faire une seule ligature. Il arrive même le plus ordinairement que l'écoulement du sang s'arrête spontanément. On doit d'autant plus redouter l'hémorrhagie, que le malade a perdu une plus grande quantité de sang pendant l'opération. S'il est menacé de syncope, si le pouls est petit, à peine sensible, il est prudent de tamponner immédiatement après l'opération, pour peu que le sang continue de couler, après qu'on a pratiqué la ligature des principales artères. Il faudrait encore recourir au tamponnement, aussitôt que l'opération serait terminée, dans le cas où une grosse artère serait ouverte, et où il serait impossible d'en faire la ligature. Cette dernière circonstance n'a jamais été observée. Il a toujours été possible de lier les vaisseaux un peu volumineux qui ont été ouverts dans l'excision du rectum. Quand on est obligé de faire le tamponnement à la suite de cette opération, on se sert d'une compresse fine, enduite de cérat, d'environ un pied carré, on place le milieu de la face qui n'est pas enduite de cérat sur l'extrémité d'une pince à pansement, et on la dirige le long du doigt indicateur gauche, préalablement placé dans la partie inférieure de l'intestin. Il est nécessaire de prendre cette précaution, car il serait d'autant plus facile de porter la compresse à côté du rectum, que son

extrémité inférieure est comme flottante au milieu du tissu cellulaire qui l'environne. Quand cette compresse est convenablement disposée, on la remplit de bourdonnets de charpie jusqu'à la partie inférieure; on place par-dessus des plumasseaux de charpie, des compresses pliées plusieurs fois sur elles-mêmes; on soutient le tout à l'aide d'un bandage en T, fixé par des scapulaires. Ce tamponnement est toujours douloureux : les malades ne le supportent qu'avec beaucoup de peine. Ils éprouvent presque continuellement des envies d'uriner et d'aller à la selle. D'ailleurs, comme il produit beaucoup d'irritation sur les parties avec lesquelles il est en contact, il est de la plus haute importance de l'enlever dès qu'on n'a plus à craindre l'hémorrhagie. M. *Lisfranc* recommande de l'extraire au bout de deux ou trois heures. Appliqué pendant ce court espace de temps, il a constamment suffi pour arrêter complètement l'hémorrhagie, parce que les vaisseaux qui sont ouverts dans l'extirpation du rectum sont ordinairement peu volumineux. D'ailleurs, il arrive presque toujours qu'au bout de ce temps le pouls s'est relevé, et que, dans la supposition où l'hémorrhagie viendrait à se manifester de nouveau, le malade pourrait perdre avec avantage une certaine quantité de sang. Si elle devenait ensuite trop abondante, ce qui n'est jamais arrivé, on en serait quitte pour réappliquer le tamponnement.

On observe après l'extirpation du rectum une série de phénomènes nerveux qui portent principalement sur les différentes parties du tube digestif. Les malades éprouvent presque toujours des coliques passagères, plus ou moins violentes, des borborygmes, des envies fréquentes et inutiles d'aller à la selle, des hoquets, des nausées, des vomissemens; à ces symptômes se joignent souvent des douleurs vives de vessie, accompagnées d'envies presque continuelles d'uriner. J'ai observé une fois, immédiatement après l'opération, un frisson général, qui dura à peu près une demi-heure. De tous ces phénomènes nerveux, le vomissement est celui qui persiste le plus long-temps. Il dure quelquefois pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que la plaie, devenue moins sensible, soit en pleine suppuration; il tourmente beaucoup les mala-

des, car, à chaque effort qu'ils font pour vomir, ils ressentent dans le bassin, et surtout au périnée, d'assez violentes douleurs, occasionnées par la contraction des releveurs de l'anus, qui ne peuvent entrer en action sans tirailler la plaie et la partie inférieure du rectum. Les phénomènes sympathiques que je viens d'énumérer ne sont jamais graves; ils peuvent cependant inspirer de l'inquiétude à quiconque les observe pour la première fois, parce qu'ils ont quelque ressemblance avec ceux de la péritonite. Dans le plus grand nombre des cas, on les distinguera en ce qu'ils se manifestent presque immédiatement après l'opération, et avant que des accidens inflammatoires aient eu le temps de se développer; de plus, le ventre n'est pas ballonné ni sensible à la plus légère pression, comme dans la péritonite. Le pouls n'est jamais aussi fréquent. On doit essayer de calmer ces accidens nerveux en administrant au malade une potion antispasmodique, et en lui faisant sur le ventre des onctions avec le laudanum de *Rousseau* ou de *Sydenham*. J'ai vu donner inutilement la potion antiémétique de *Rivière* contre les vomissemens. Ils m'ont semblé disparaître spontanément à mesure que la plaie devenait moins sensible, plutôt qu'ils n'ont cédé à l'action des médicamens.

L'inflammation du tissu cellulaire du bassin est l'accident qu'on doit le plus redouter après l'extirpation de la partie inférieure du rectum; c'est elle qui a fait succomber deux des malades qui ont péri à la suite de cette opération.

Je n'ai pu faire l'autopsie que de la femme morte à l'hôpital de la Pitié. J'ai rencontré chez elle du pus non-seulement dans le tissu cellulaire du bassin, mais encore le long de la colonne vertébrale jusqu'au-dessous des reins; l'aponévrose moyenne du périnée avait été coupée dans l'endroit où elle s'attache au coccyx. En portant le doigt de haut en bas, derrière le rectum, on pouvait arriver sans effort dans la partie supérieure de la plaie. Je crois que, dans ce cas, l'inflammation du tissu cellulaire des excavations ischio-rectales s'était communiquée à celui qui se trouve dans le méso-rectum; car il est

à remarquer que, chez ces deux malades, l'intestin avait été fendu parallèlement à son axe, et sur sa partie postérieure, jusqu'à la hauteur de trois pouces et demi. D'après ces deux observations, je pense qu'il est très-important, dans l'excision du rectum, de ménager l'aponévrose moyenne du périnée, que je regarde comme une barrière salutaire, qui doit empêcher l'inflammation de la plaie de se propager au tissu cellulaire du bassin. Il est aussi probable que le tamponnement peut contribuer à faire naître cette inflammation; car, dans les deux cas où les malades ont succombé, ce moyen avait été mis en usage. Cette inflammation se manifeste ordinairement le lendemain de l'opération. Elle est annoncée par des douleurs que le malade ressent dans la plaie et dans le bassin; il est tourmenté par des vomissemens presque continuels, toujours très-douloureux; l'hypogastre est un peu tendu, mais il est beaucoup moins sensible à la pression que dans la péritonite; le ventre n'est pas ballonné, ni douloureux dans toute son étendue; la peau est chaude; le pouls très-fréquent, mais assez développé. Cette inflammation du tissu cellulaire du bassin est des plus graves; tout le monde sait que c'est elle qui, à la suite de la cystotomie, fait périr le plus grand nombre des opérés. On doit se hâter de la combattre dès le début par les saignées générales, lorsque le malade n'est pas trop affaibli; on applique ensuite autour de la plaie ou sur l'hypogastre un grand nombre de sangsues; on en répète les applications autant que le permettent les forces du sujet. Après les évacuations sanguines, on a recours aux bains généraux, qui ont soulagé les malades momentanément. Malgré ce traitement énergique, les deux individus atteints de l'inflammation du tissu cellulaire du bassin ont succombé.

Nous avons rencontré une fois, à l'autopsie cadavérique de la dernière femme qui a succombé après l'extirpation d'une partie du rectum, une grande quantité de pus dans l'intérieur de presque toutes les veines du bassin. Ce pus avait-il été sécrété par les parois veineuses enflammées, ou bien recueilli à la surface de la plaie, y avait-il été porté par l'absorption? On peut admettre, si l'on veut, que les

veines ont pris dans la plaie un liquide irritant, qui, mêlé au sang, a déterminé l'inflammation de leurs parois, ou bien que l'inflammation de la plaie s'est propagée aux veines par contiguité de tissu. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y avait phlébite là où se trouvait le pus; car il existait sur la membrane interne de plusieurs de ces veines une couche comme albumineuse qu'on enlevait facilement en raclant avec le dos du scalpel. Dans les points où l'inflammation était moins avancée, les veines étaient remplies par du sang coagulé. Cette phlébite n'a pas été reconnue pendant la vie; on l'a confondue avec l'inflammation du tissu cellulaire du bassin, dont elle a présenté tous les symptômes. Seulement, elle est survenue plus tard; elle ne s'est manifestée que quinze jours après l'opération, au moment où la plaie fournissait une suppuration abondante et fétide. Cet accident est un des plus graves qui puissent se développer après l'excision du rectum. Je pense qu'il doit presque nécessairement entraîner la mort, si l'on en juge par la gravité des autres phlébites. On le combat par les moyens précédemment indiqués contre l'inflammation du tissu cellulaire du bassin; mais il faut surtout s'attacher à le prévenir par des pansemens fréquens, qui ont pour but d'empêcher le séjour du pus à la surface de la plaie. On vide le rectum avec le doigt à mesure que les matières fécales s'y accumulent, et chaque fois que la plaie est salie par leur présence, on y fait des injections de guimauve pour la nettoyer. On a pris toutes ces précautions chez la femme qui vient de périr; mais il s'était amassé dans les intestins, au-dessus du rétrécissement, une si grande quantité de matières stercorales, que la malade en a rendu presque continuellement pendant les vingt premiers jours qui ont suivi l'opération; leur passage souvent répété sur la plaie l'a constamment irritée, et y a déterminé une suppuration abondante qui a peut-être contribué à faire naître la phlébite.

On doit encore ranger la péritonite parmi les accidens qui peuvent survenir après l'excision du rectum. Elle est d'autant plus à redouter, qu'on enlève une plus grande étendue de l'intestin, et qu'on s'est plus rapproché du péritoine. L'expérience prouve qu'elle doit se ma-

nifester assez rarement, car elle n'a pas été observée une seule fois sur les neuf malades qui ont été opérés. On doit surtout s'attacher à la prévenir en ménageant l'aponévrose moyenne du périnée, en s'abstenant du tamponnement toutes les fois qu'il n'est pas indispensable; enfin, en pratiquant, après l'opération, des évacuations sanguines, dès que le pouls s'est un peu relevé. C'est probablement parce qu'on a pris toutes ces précautions qu'on est parvenu à l'éviter dans toutes les circonstances. Dans le cas où elle viendrait à se manifester, il faudrait la combattre dès le début par les moyens que tout le monde connaît et sur lesquels il serait inutile d'insister.

J'ai dit, en parlant de l'anatomie pathologique, que le cancer du rectum pouvait se présenter sous forme de polype. On a quelquefois vu ces tumeurs pédiculées se détacher spontanément. On en cite un exemple dans l'ancien Journal de médecine; mais, dans le plus grand nombre des cas, on ne peut en débarrasser les malades que par des moyens chirurgicaux. Quand la tumeur n'est pas située au-dessus de la portée du doigt, on conseille d'en pratiquer la ligature ou l'excision; on injecte dans le rectum une grande quantité de liquide; on engage le malade à l'expulser avec rapidité; il arrive souvent que la tumeur est entraînée au-dehors par les efforts d'expulsion résultant de la contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale. On place alors le malade comme pour l'opération de la fistule à l'anus, et on applique une forte ligature sur la tumeur à l'endroit où elle s'unit à la muqueuse; on fait ensuite, un peu au-dessous, la section du pédicule, dont le reste tombe avec la ligature. Ce procédé me paraît mauvais, parce que le cancer n'est jamais enlevé en totalité; aussi la maladie a-t-elle récidivé dans presque tous les cas où il a été mis en usage. C'est ce que j'ai encore observé tout récemment sur une femme entrée à l'hôpital de la Pitié, et chez laquelle on avait fait, en province, la ligature d'une semblable tumeur. D'après ces faits, et plusieurs autres qui m'ont été communiqués, je pense qu'il faut rejeter la ligature et donner la préférence à l'excision; mais il ne faut pas la pratiquer, comme le conseillent la plupart des chirurgiens, en

coupant le pédicule à ras la muqueuse; car on serait tout aussi exposé à voir repulluler la tumeur que dans les cas où on en aurait fait la ligature; il faut emporter le mal jusque dans ses racines, et ne pas craindre, s'il le faut, d'enlever une partie, ou même la totalité de l'épaisseur des parois de l'intestin.

Quand la tumeur cancéreuse ne peut pas être chassée à l'extérieur par les efforts que fait le malade pour aller à la selle, et qu'elle n'est pas située au-delà de la portée du doigt, M. *Boyer* conseille de conduire des ciseaux le long du doigt indicateur gauche introduit dans le rectum, et de couper le pédicule de la tumeur dans l'intérieur de l'intestin. Je crois que si, dans ce cas, la tumeur offrait assez de consistance, il serait préférable de la saisir avec des pinces de *Museux*, de l'attirer au dehors, et d'en faire l'excision en emportant la totalité de la maladie. Si, au contraire, elle était molle, facile à déchirer, ce qui arrive souvent, le procédé conseillé par M. *Boyer* pourrait être mis en pratique; mais on serait alors exposé à une récidive presque certaine. Je crois que, dans ce cas, il faudrait opérer comme si on voulait enlever la totalité de la partie inférieure du rectum, surtout si la tumeur était supportée par un large pédicule.

Desault a proposé, lorsque la tumeur est trop élevée pour que le doigt puisse arriver jusqu'à son insertion, d'en faire la ligature à l'aide des instrumens qu'il a imaginés pour lier les polypes de la matrice. Il a réussi dans un cas où la tumeur était implantée six pouces au-dessus de l'anus; mais il éprouva les plus grandes difficultés. On le conçoit facilement, parce qu'on ne peut pas alors se servir du doigt pour conduire la ligature; de plus, l'étroitesse de l'anus, et la contraction à laquelle doit se livrer son sphincter, rendent très-difficile la manœuvre des instrumens dans l'intérieur du rectum. M. *Boyer* pense avec raison qu'on ne doit pas pratiquer une pareille opération; car on pourrait lier, au lieu d'une tumeur cancéreuse, une tumeur formée par l'invagination du colon. Je crois qu'on ne peut tenter une opération que dans le cas où, comme je l'ai vu une fois, la partie supérieure du rectum, s'invaginant dans l'inférieur, la tumeur descendrait jus-

qu'à l'anus. On pourrait alors en faire la ligature, ou mieux l'excision.

Si, après avoir pratiqué les opérations dont je viens de parler, il survient une hémorrhagie inquiétante, il faut l'arrêter en tamponnant suivant la méthode de *Jean-Louis Petit*.

Quelle que soit la forme qu'affecte le cancer du rectum, on doit le considérer comme incurable lorsqu'il remonte dans l'intestin hors de la portée du doigt, ou qu'il a envahi une telle épaisseur de tissus, qu'il devient tout à fait impossible d'enlever la totalité du mal. Il faut alors se borner à un traitement palliatif. On a soin de tenir les parties malades dans une grande propreté, afin d'empêcher l'absorption de l'ichor fétide qui en découle, lorsque le cancer est ulcéré. On fait des lotions émollientes autour de l'anus, quand il est le siége de végétations ou d'ulcérations carcinomateuses; il est avantageux de faire prendre de temps en temps quelques bains généraux. Tant que le cancer n'est pas ulcéré, on facilite l'excrétion de matières fécales par des lavemens mucilagineux : on dilate l'intestin à l'aide des mèches. On a conseillé, lorsque le rétrécissement est considérable, d'y faire, avec le bistouri ou le lithotome, des incisions pour donner passage aux matières stercorales. Outre que ces incisions ne remplissent pas le but qu'on se propose, elles ont presque toujours l'inconvénient d'accélérer la marche de la maladie; on doit donc s'en abstenir. On renonce aussi à l'usage des mèches, dès que le cancer est ulcéré; les douleurs qu'elles déterminent les rendent insupportables; elles deviennent d'ailleurs inutiles, car, à mesure que l'ulcération fait des progrès, elle détruit l'obstacle au passage des matières fécales. On calme les douleurs en agissant sur le système nerveux, au moyen des préparations narcotiques, telles que l'opium, la belladone, la jusquiame, la ciguë : il faut savoir varier ces médicamens; car, quand on a administré la même substance pendant un certain temps, les malades s'y accoutument, et finissent par ne plus en ressentir aucun effet. C'est ainsi que, dans cette période avancée de la maladie, le chirurgien sait rendre son ministère utile. S'il a perdu l'espoir de

guérir, il a du moins la satisfaction de pouvoir encore calmer les douleurs, souvent intolérables, qu'éprouvent les malheureux atteints de cancer du rectum.

Ire. OBSERVATION (*recueillie par M.* GEOFFROY, *interne*).

Affection cancéreuse du rectum. Excision de cet intestin. Guérison.

Joseph Poulain, âgé de quarante-cinq ans, marié, teinturier, d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, était affecté depuis environ quinze ans d'hémorrhoïdes assez volumineuses, contre lesquelles il n'avait employé aucun moyen thérapeutique. Depuis cinq mois, le pourtour de l'anus présente des éminences mamelonnées très-rapprochées les unes des autres. Il éprouvait, disait-il, des douleurs très-vives lorsqu'il faisait des efforts pour aller à la selle.

Ces tumeurs hémorrhoïdales devenaient plus saillantes, et la portion du rectum qui se renversait présentait sur sa face interne des éminences mamelonnées du même aspect que celles situées au pourtour de l'anus. Cependant cet homme continuait de se livrer à ses travaux habituels; les douleurs devenaient de plus en plus aiguës; il se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n°. 17.

Le 9 février 1826, Poulain présente les symptômes suivans : la santé générale est très-bonne; toutes les fonctions s'exercent avec la plus grande régularité. M. *Lisfranc* l'examine, et croit, au premier aspect, reconnaître l'existence de tumeurs hémorrhoïdales; il se contente de prescrire un lavement de graine de lin, gomm. 2 pots, demie pour nourriture.

Le 10, même état. (Même prescription.)

Le 11, M. *Lisfranc* introduit le doigt dans le rectum, et reconnaît que le malade est affecté d'un squirrhe de cet organe, occupant environ un pouce et demi de membrane muqueuse en hauteur. On dit alors au malade, qui éprouvait des douleurs lancinantes et intermit-

tentes, qu'il était nécessaire de pratiquer une opération : il y consentit. Pendant trois jours on lui fit suivre un régime rafraîchissant.

Le 13 février, l'opération fut pratiquée ainsi qu'il suit : Le malade est couché sur un lit. Un élève introduisit dans le rectum une compresse carrée attachée par des liens à chacun de ses angles et enduite de cérat. La compresse une fois introduite, on la remplit de bourdonnets de charpie. On exerça ensuite sur elle de légères tractions ; mais la compresse sortit aussitôt du rectum. Le but de cet appareil était de renverser l'intestin. M. *Lisfranc* essaya lui-même d'appliquer cet appareil, mais le résultat ne fut pas plus heureux. Il se vit donc forcé, après avoir recommandé au malade de faire des efforts violens, d'introduire dans le rectum le doigt indicateur de la main gauche, en lui donnant la position à demi-fléchie ; et en exerçant de fortes tractions, qui renversèrent imparfaitement l'intestin, il embrassa avec de forts ciseaux courbes vers un point de la circonférence, une partie de la tumeur, qui fut incisée le plus profondément possible, sans que cette partie fût complètement détachée. Alors elle devint plus facile à saisir avec les doigts, et en exerçant sur elle de fortes tractions, non-seulement on la fit plus saillir, mais encore on amena complètement à l'extérieur tout ce qui était malade. On continua ensuite à couper circulairement, de manière à enlever en masse les tissus affectés, c'est-à-dire environ deux pouces de membrane muqueuse.

Cette résection fut faite avec beaucoup de promptitude et de netteté. On s'aperçut alors que la moitié du sphincter avait été enlevée. Cette opération fut suivie d'une hémorrhagie assez abondante. M. *Lisfranc* laissa couler le sang pendant environ dix minutes. Le malade perdit environ quatre palettes de sang veineux et artériel. Ensuite on tamponna très-profondément avec une compresse carrée remplie de bourdonnets de charpie.

L'appareil fut maintenu par un bandage en T. Le malade fut transporté dans son lit. Le pouls est un peu faible. On lui donne pour boisson : eau de gomme, potion antispasmodique. Trois élèves, et M. *Lisfranc* lui-même restent pendant une heure auprès du malade.

Il n'arrive aucun accident. L'appareil ne se dérange pas. A midi, le malade éprouve des coliques, quelques frissons, un besoin insurmontable d'aller à la selle ; il se livre à de grands efforts. Le tamponnement est expulsé, et est accompagné dans sa sortie de trois palettes de sang liquide ou coagulé. C'est alors que le pouls est petit, intermittent, et que le malade a des menaces de syncope. Sur-le-champ on tamponne de nouveau, toujours avec la précaution d'enfoncer la compresse dans le centre de l'ouverture, de peur de froisser les bords de la plaie et d'engager le tamponnement à côté du rectum. Cette fois le tamponnement s'élève plus haut que la première fois, et présente un volume plus considérable. L'appareil est maintenu par un bandage en T fortement serré. A quatre heures de l'après-midi, le malade se plaint d'avoir un peu de frisson. La face est légèrement rouge, le pouls se relève, devient fréquent et fébrile. A minuit, le malade fait un effort involontaire pour aller à la garde-robe. Le tamponnement est chassé. L'élève de garde examine avec soin les pièces d'appareil. Il trouve une grande quantité de sang coagulé, et reconnaît cette fois que l'hémorrhagie est arrêtée. Il jugea, d'après les recommandations faites par M. *Lisfranc*, qu'il était inutile de pratiquer de nouveau le tamponnement. Le malade passe une nuit calme.

Le 16, à la visite, Poulain dit qu'il se trouve bien, qu'il ne ressent que des douleurs très-supportables vers le rectum. Le pouls est dans un état naturel; il n'existe vers les cavités aucun signe d'inflammation. M. *Lisfranc* fait appliquer sur l'anus un cataplasme émollient. (Même régime, même prescription.)

Le 18, le malade va très-bien ; on lui applique une mèche très-volumineuse enduite de cérat dans le rectum, pour prévenir le rétrécissement. (Quart d'alim.)

Le 23, la santé générale est toujours très-bonne. On augmente encore le volume de la mèche. La plaie résultant de l'opération commence à se cicatriser dans plusieurs points.

Le 28, le malade est plein de force ; l'appétit est revenu à son état

naturel ; la cicatrice augmente d'étendue. (On lui donne la demie d'alimens.)

Le 1^er^. avril, le malade va toujours très-bien La plaie n'offre plus qu'un point peu étendu qui ne soit pas cicatrisé. On continue toujours l'usage des mèches. Poulain n'éprouve aucune douleur quand il va à la garde-robe. Le 12 avril, il demande sa sortie. La cicatrice est complète ; il est dans un état de santé satisfaisant. M. *Lisfranc* lui recommande de continuer chez lui, pendant environ quatre à cinq mois, l'usage des mèches. Il sort parfaitement guéri.

II^e^. OBSERVATION.

Cancer du rectum. Excision de la partie inférieure de cet intestin. Guérison.

Madame B***, était depuis l'adolescence affectée de constipation opiniâtre, elle avait toujours rendu ses matières stercorales avec beaucoup d'efforts, et souvent avec d'assez vives douleurs. Les médecins consultés pensèrent qu'il existait un rétrécissement naturel peu prononcé de l'orifice inférieur du canal intestinal. On n'employa que les moyens propres à combattre la constipation. Dans l'âge adulte, il se manifesta des hémorrhoïdes. Fréquemment douloureuses, elles fluèrent tous les quinze ou vingt jours. Depuis environ un an, madame B*** éprouvait dans la partie inférieure du rectum des douleurs plus fortes ; la défécation devenait de plus en plus difficile; des indurations se montrèrent au pourtour de l'orifice de l'intestin. Un écoulement léger, mais de mauvaise nature avait lieu. Le docteur *Gondret* pensa qu'une consultation était indispensable. M. *Lisfranc* fut appelé, on reconnut qu'il existait dans l'orifice inférieur du rectum et autour de lui un bourrelet squirrheux sur lequel la pression faisait naître des douleurs. Le doigt indicateur introduit dans l'intestin y faisait reconnaître, jusqu'à la hauteur de deux pouces environ, des indurations, des ulcérations, et en même temps sur certains points de

la turgescence et du ramollissement de la membrane muqueuse : des tractions exercées par le doigt sur l'intestin produisaient facilement la procidence de la muqueuse. MM. les professeurs *Landré-Beauvais*, *Fouquier* et *Andral* furent appelés, examinèrent le mal. M. *Lisfranc* proposa l'ablation de la portion du rectum cancéreuse. Cette proposition fut unanimement adoptée : deux incisions semi-lunaires furent pratiquées à un pouce du rectum et se réunirent par leurs deux extrémités. M. *Lisfranc* disséqua la peau jusqu'à l'intestin, introduisit le doigt dans son intérieur, mit la muqueuse dans un état de procidence presque complet, et l'enleva à la hauteur de deux pouces environ avec des ciseaux courbes sur le plat. Inférieurement le rectum était malade dans presque toute son épaisseur; il fallut sacrifier en partie les sphincters. La malade perdit à peine deux palettes de sang. On ne fit point de tamponnement : aucun accident ne survint. Le dixième jour, on commença à employer la mèche, qui a été continuée pendant six semaines et quinze jours après la cicatrisation complète de la plaie. Madame B*** a été opérée au mois de janvier 1828; depuis cette époque, elle jouit d'une excellente santé, et la défécation a lieu avec la plus grande facilité; elle n'est soumise dans aucun cas à l'incontinence des matières stercorales.

III^e^. OBSERVATION.

Ulcération chancreuse de la partie inférieure du rectum, avec végétations sur la peau voisine de l'anus. Opération. Guérison.

Françoise Martin, âgée de vingt-six ans, entra à l'hôpital de la Pitié le 15 juillet 1828; elle fut couchée dans la salle Saint-Pierre au n°. 16. Cette femme souffrait, depuis environ deux ans, dans la partie inférieure du rectum. Elle avait eu, à cette époque, un écoulement très-abondant par l'anus. Elle avait subi, avant son entrée à la Pitié, un traitement antivénérien par la liqueur de *Van-Swiéten* et les sudorifiques. On lui avait introduit, pendant long-temps dans le rectum, une mèche enduite d'onguent mercuriel; la malade n'avait

éprouvé aucun soulagement à la suite de ce traitement. Le mal continuait de faire des progrès, au point qu'elle ne pouvait plus aller à la selle sans éprouver des douleurs très-fortes. C'est alors qu'elle entra à la Pitié ; elle présentait l'état suivant : Végétations autour de l'anus, rougeâtres, ulcérées, saignant facilement lorsqu'on les touchait ou qu'elles étaient froissées par le passage des matières fécales. Lorsque la malade poussait comme pour aller à la selle, on voyait sur le côté droit de l'anus une ulcération fongueuse. En portant le doigt dans le rectum, on sentait que cette ulcération remontait dans l'intestin à la hauteur d'environ un pouce ; elle occupait à peu près le tiers de la circonférence du rectum ; les parties qui environnaient l'ulcération présentaient un engorgement squirrheux très-prononcé. Cette femme fut opérée le 6 août. Deux incisions furent faites autour de l'anus ; la peau étant disséquée jusqu'au rectum, le doigt indicateur gauche fut introduit dans l'intestin et en le recourbant fortement, on renversa sa partie inférieure de manière à mettre toute la maladie à découvert. On fendit alors de bas en haut la partie du rectum renversée, puis on l'excisa à la hauteur d'un pouce et demi en la contournant avec des ciseaux courbes sur l'une de leurs faces ; aucune ligature ne fut faite ; au bout d'une heure, tout suintement sanguin avait cessé ; on enleva le caillot de sang qui s'était formé dans la plaie, et on fit le pansement. Vers six heures du soir le pouls était élevé ; on pratiqua une saignée de bras de deux palettes. (Prescrip. : pot. antisp. ; gomm. ; diète.) — Le 7, la malade a passé une bonne nuit ; elle a a eu une fois des vomissemens, point de douleurs dans le ventre ; elle ne souffre que dans la plaie ; pouls assez développé, un peu fréquent. On lève le premier appareil, qui est sali par les matières fécales et les urines. M. *Lisfranc* ordonne de sonder la malade dans le courant de la journée. On porte le doigt dans la plaie, pour écarter les parois de la partie supérieure. (Prescription : gomm., saignées ; diète.) — Le 10, la plaie commence à suppurer, elle est peu douloureuse ; ventre indolent, pouls peu fréquent. On continue de sonder la malade. (Injection de guimauve ; pans. ; diète.) — Le 15, la plaie

est en bon état ; seulement le pus qu'elle fournit est abondant, fétide. Pansement deux fois dans la journée. — Le 26, la suppuration devient moins abondante ; la surface de la plaie est couverte de bourgeons charnus de bonne nature. Elle diminue d'étendue ; la peau est attirée de la circonférence vers le centre. La partie inférieure du rectum commence à se rétrécir ; on y introduit une mèche volumineuse enduite de cérat. — Le 3 septembre, la plaie est réduite à la largeur d'une pièce de cinq francs. On voit partir de ses bords une cicatrice qui a environ trois lignes d'étendue, et qui remonte dans le canal résultant de la plaie. Les bourgeons charnus sont très-développés, on les cautérise avec le proto-nitrate acide de mercure ; on continue d'introduire dans le rectum une mèche volumineuse. — Le 28 octobre, la plaie est complètement cicatrisée ; la malade porta encore des mèches pendant trois semaines, dans la crainte de la coarction ; elle conservait très-bien ses matières fécales. Je l'ai vue, il y a environ deux mois ; la partie inférieure de la plaie ne s'est pas rétrécie. Elle n'est nullement gênée dans l'acte de la défécation.

IV^e^. OBSERVATION.

Ulcération carcinomateuse siégeant sur la peau voisine de l'anus et s'étendant dans l'intérieur du rectum, à la hauteur d'environ un pouce. Excision d'un pouce et demi de l'intestin. Plaie presque cicatrisée lors de la sortie du malade.

Alexandre Dudault, âgé de trente ans, garçon, entra à l'hôpital de la Pitié le 15 novembre 1828 ; il était au n°. 3 de la salle Saint-Antoine. Cet homme s'était livré à un commerce antiphysique, à la suite duquel il s'était manifesté un écoulement par l'anus. Depuis quatre ans, il éprouvait dans le rectum des douleurs qui se faisaient surtout sentir lors de l'excrétion des matières fécales : il s'était développé depuis environ dix-huit mois une ulcération sur le pourtour de l'anus. Ce malade avait subi sans succès un traitement antisyphilitique à l'hôpi-

tal des Vénériens. Voici l'état qu'il présentait lors de son entrée à la Pitié : amaigrissement assez considérable; teint jaune paille; ulcération environnant l'anus dans l'étendue d'un pouce; sa surface était fongueuse, couverte de végétations rougeâtres, saignant au moindre contact, fournissant un liquide ichoreux et fétide; ses bords étaient saillans et squirrheux. Elle remontait dans l'intérieur du rectum à la hauteur d'environ un pouce. Au-dessus de l'ulcération, on sentait un rétrécissement squirrheux au-delà duquel les parois de l'intestin paraissaient saines. Quelques jours avant l'opération, la poitrine de ce malade fut examinée à l'aide du stéthoscope : on n'y découvrit aucune lésion. M. *Lisfranc* opéra ce malade le 20 novembre 1828, de la manière suivante : deux incisions semi-lunaires furent faites autour de l'ulcération carcinomateuse, à quinze lignes environ de l'anus. La partie de la peau sur laquelle siégeait la maladie fut disséquée jusqu'au rectum. L'opérateur introduisit alors dans l'intestin les doigts indicateur et médius de la main gauche, et en les recourbant fortement, il en renversa la partie inférieure, de manière à mettre toute la maladie à découvert; il fendit ensuite la partie renversée du rectum, et l'excisa à la hauteur d'un pouce et demi, en la contournant avec de forts ciseaux courbes sur le plat; on fit la ligature d'une seule artère. Le malade fut reporté dans son lit sans être pansé. Au bout d'une heure, tout écoulement de sang avait cessé; on fit alors le pansement avec un linge fenêtré enduit de cérat, des plumasseaux de charpie, des compresses, un bandage en T; on prescrivit eau de gomme, potion antispasmodique, diète absolue.

Le malade éprouva dans le courant de la journée quelques coliques et quelques envies de vomir. Vers le soir, pouls assez élevé, peau chaude, plaie un peu douloureuse. (Saignée du bras de deux palettes.) La nuit fut bonne.

Le 21, levée du premier appareil, qui est sali par les matières fécales; injections de guimauve dans la plaie pour la nettoyer; point de douleur dans le ventre; pouls peu fréquent; plaie peu douloureuse (Pans. ordin., gomm.; diète.)

Le 24, la surface de la plaie est en pleine suppuration ; elle est très-sensible; ses bords sont rouges et tuméfiés ; pouls plus fréquent que les jours précédens. (Inject. dans la partie inférieure du rectum. On porte le doigt enduit de cérat dans le fond de la plaie pour écarter ses parois; pans. avec catapl. émoll., gomm. ; diète.)

Le 27, la plaie est moins douloureuse ; on supprime les cataplasmes ; injections de guimauve pour nettoyer la plaie. On continue de porter le doigt dans la partie inférieure du rectun, pour empêcher son rétrécissement. (Pans. simple, diète.)

Le 2 décembre, la plaie fournit une suppuration abondante et fétide. Les bourgeons charnus qui recouvrent la surface sont de bonne nature; les environs ne sont plus tuméfiés. M. *Lisfranc* ordonne de panser le malade trois fois par jour. (*Presc. :* bouill. coupé, gomm.)

Le 13, l'étendue de la plaie commence à diminuer; les bourgeons charnus sont très-développés, un peu languissans; on trempe les plumasseaux de charpie dans du chlorure de soude à trois degrés. (Gomm., un quart d'alim.)

Le 29, La plaie marche rapidement vers la cicatrisation ; elle a diminué de plus des deux tiers. (Mèches, cautéris. avec le nitr. d'arg., un quart.)

Le 9 janvier, la plaie paraît stationnaire ; les bourgeons charnus sont languissans ; le malade tousse ; il est pris d'une hémoptysie peu abondante ; il dit que depuis quelques jours il a des sueurs copieuses toutes les nuits. L'auscultation fait reconnaître que la respiration est plus faible au sommet du poumon droit, depuis la clavicule jusqu'à la troisième côte. (Saign. du bras, Pans. ordin., tis. pect., looch ; diète.)

Le 17, le malade paraît perdre l'embonpoint qu'il avait repris depuis son opération ; il a tous les soirs de la chaleur à la peau, de la fréquence dans le pouls, des sueurs pendant la nuit ; il est tourmenté par de la toux suivie d'une expectoration muqueuse. (Trente sangsues sous la clav. droite, pans. ordin., pect., looch.)

Le 25, le malade, attribuant le mauvais état de sa santé à l'air de l'hôpital, demande sa sortie On ne put jamais le déterminer à rester

Sa plaie n'était pas encore entièrement cicatrisée; elle paraissait stationnaire depuis le développement de la maladie de poitrine. Le malade avait promis de revenir à la consultation de l'hôpital. Je ne l'ai pas revu; il est probable qu'il a succombé à une affection tuberculeuse du poumon droit.

V^e^. OBSERVATION.

Retrécissement cancéreux du rectum. Opération. Inflammation du tissu cellulaire du bassin. Mort.

Lucille Lesénéchal, âgée de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament bilieux, avait eu, cinq ans avant son entrée à l'hôpital, une blennorrhagie vaginale, à la suite de laquelle il s'était manifesté des pustules sur la peau; elle subit à cette époque un traitement antisyphilitique complet. Cette femme m'a avoué qu'elle s'était livrée pendant quelque temps à un commerce antiphysique; elle éprouvait depuis deux ans dans le rectum des douleurs qui devenaient très-vives lors de l'excrétion des matières fécales. Elle entra à l'hôpital des Vénériens, où elle resta quelques mois pour s'y faire traiter de cette maladie; on lui introduisit pendant quelque temps des mèches enduites d'onguent mercuriel; on n'obtint aucune amélioration; elle fut alors adressée à M. *Lisfranc*. Elle entra à l'hôpital de la Pitié le 14 janvier 1829, et fut couchée au n°. 10 de la salle Saint-Pierre. Elle présentait l'état suivant : envies fréquentes et souvent inutiles d'aller à la selle, accompagnées de coliques et de ténesme; les matières fécales ne sortaient qu'en petites quantités et après de pénibles efforts. Le doigt porté dans le rectum sentait, à deux pouces et demi environ au-dessus de l'anus un bourrelet cancéreux, présentant une ouverture très-étroite, et remontant à la hauteur d'environ trois pouces; les parois de l'intestin étaient saines au-dessus et au-dessous de ce rétrécissement. Cette femme souffrait beaucoup; elle maigrissait de jour en jour; elle ne pouvait pas supporter

la compression. M. *Lisfranc* se décida à l'opérer le 6 mars ; deux incisions semi-lunaires furent faites autour de l'anus ; la peau fut ensuite disséquée jusqu'au sphincter. Le doigt indicateur gauche fut introduit dans l'intestin, qu'on fendit parallèlement à son axe, et sur la partie postérieure jusqu'à la hauteur de trois pouces. On suspendit l'opération ; une éponge imbibée d'eau froide fut placée dans la plaie et la partie inférieure du rectum, on la retira au bout de deux minutes. Tout écoulement de sang avait cessé, on ne pouvait pas encore arriver au-dessus du rétrécissement ; on fendit de nouveau l'intestin, pendant qu'on l'attirait au bas avec des érignes fixées sur la partie inférieure. Un aide porta deux doigts dans le vagin pour faire saillir la cloison recto-vaginale. On disséqua le bourrelet squirrheux dans toute la circonférence de l'intestin. Cette dissection fut longue et pénible ; la partie inférieure de l'intestin ne fut pas enlevée, on excisa seulement la peau qui avait été disséquée. La malade avait perdu une assez grande quantité de sang pendant l'opération : on fut obligé de tamponner dès qu'elle fut terminée. On enleva le tamponnement au bout de deux heures, parce qu'il déterminait beaucoup de douleur. La malade se trouva bien jusqu'à neuf heures du soir ; il se manifesta alors des vomissemens, le pouls devint fort et fréquent, la peau chaude. On pratiqua une saignée de bras de deux palettes ; la malade ne fut pas soulagée, elle continua de vomir de temps en temps, et à chaque vomissement, elle souffrait beaucoup dans la plaie et dans le bassin. On appliqua, vers minuit, soixante sangsues sur l'hypogastre, et un cataplasme laudanisé sur le ventre. — Le 7, la malade avait été soulagée pendant quelque temps après l'application des sangsues ; mais vers le matin les vomissemens avaient recommencé. Le ventre n'était pas sensible à la pression ; le pouls était petit et fréquent. (Pans. simp., trente sangs. sur l'hypog., gom., pot. antiémét. ; diète) — Le 8, la malade se trouve mieux ; point de douleur dans l'hypogastre ; vomissemens moins fréquens. (Pans., pot. antiém., gom. ; diète.) — Le 9 au matin, vomissemens presque continuels pendant toute la nuit ; peau chaude et sèche ; pouls petit, d'une

fréquence extrême. (Pans., inj., bain, gom.; diète.) — Le 10, hypogastre douloureux et tendu; les vomissemens continuent; pouls à peine sensible. Morte à midi.

Autopsie cadavérique. On trouva une infiltration de pus dans le tissu cellulaire de tout le bassin; cette infiltration remontait le long du méso-rectum jusque dans la fosse iliaque, et le long de la colonne vertébrale jusqu'au-dessous des reins. Après avoir séparé la partie supérieure du rectum de la face antérieure du sacrum, on arrivait facilement, en portant le doigt dans le méso-rectum jusque dans la partie supérieure de la plaie. L'aponévrose moyenne du périnée avait été coupée dans son attache au coccyx. L'incision faite sur la partie postérieure du rectum s'étendait jusqu'à la pointe du sacrum. Il n'existait pas d'autres lésions.

VI^e^. OBSERVATION.

Cancer du rectum. Excision d'environ trois pouces de cet intestin. Mort.

M. *** âgé de soixante-douze ans, d'une forte constitution, ressentait dans le rectum, depuis deux ans, des douleurs qui s'étaient manifestées sans cause bien connue; il les attribuait à des hémorrhoïdes. Il avait été traité au moyen des mèches, sans obtenir d'amélioration. La maladie continuait de faire des progrès. L'excrétion des matières fécales devenait de jour en jour plus difficile et plus douloureuse. C'est alors que le malade s'adressa à M. *Lisfranc*. En portant le doigt dans le rectum, il sentit un épaississement considérale de ses parois, remontant aussi haut que le doigt pouvait atteindre. L'engorgement squirrheux était plus prononcé en avant et sur le côté droit de l'intestin. M. *** entra à la maison de santé de la rue de Valois, où M. *Lisfranc* l'opéra, le 27 mai 1829. Avant de commencer l'opération, on introduisit dans la vessie une sonde qui fut confiée à un aide. Deux incisions semi-lunaires furent faites à un pouce environ de l'anus. La peau fut disséquée jusqu'à la partie inférieure de l'intestin. Le

doigt indicateur gauche fut introduit dans le rectum. En le recourbant fortement et en tirant en bas, on tâcha d'abaisser l'intestin; mais on ne put pas y parvenir, parce que le tissu cellulaire qui l'environnait était squirrheux. On fendit alors le rectum sur la partie postérieure et parallèlement à son axe, dans l'étendue d'environ deux pouces. Cette incision ne permit pas d'arriver au-dessus des limites du mal. Pour fendre l'intestin, plus haut, on fut obligé de faire à la peau une incision qui partait de la partie postérieure de la plaie et qui se rendait au-dessus de la pointe du coccyx. Comme il s'écoulait une assez grande quantité de sang, on suspendit l'opération pendant quelques minutes, et on plaça dans la plaie une éponge imbibée d'eau froide. Quand elle fut retirée de la plaie, tout suintement sanguin avait cessé. On fixa des érignes sur la partie inférieure du rectum, et on tâcha de nouveau de l'attirer en bas. Ce fut inutilement : on fut obligé de le disséquer profondément enfoncé entre les deux tubérosités sciatiques. On éprouva les plus grandes difficultés. Il existait dans la paroi antérieure du rectum une tumeur squirrheuse, qui adhérait si intimement à la portion membraneuse de l'urètre, qu'il fut impossible de l'en isoler sans intéresser la paroi inférieure de ce canal. Quand l'intestin fut disséqué dans toute sa circonférence, on l'excisa à la hauteur de trois pouces. Pendant cette opération, longue et difficile, des artères assez volumineuses furent ouvertes, elles furent comprimées par les doigts d'un aide. L'opération terminée, on chercha à en faire la ligature; mais on ne vit plus de jet de sang. L'hémorrhagie, quoique assez abondante, n'avait lieu que par suintement. Comme le malade avait perdu beaucoup de sang pendant l'opération, et que le pouls était faible, on tamponna sur-le-champ. La sonde fut laissée dans la vessie; dès que le malade fut reporté dans sont lit, il éprouva des coliques assez violentes, des envies d'aller à la selle et d'uriner. On prescrivit une potion antispasmodique et de l'eau de gomme. Au bout de deux heures, le pouls s'était relevé. On enleva le tamponnement, qui était très-douloureux. L'hémorrhagie ne reparut pas. Vers le soir, le malade se trouvait bien, le pouls était déve-

loppé. On pratiqua une saignée du bras de deux palettes. La nuit fut assez bonne.

Le 18 vers huit heures du matin, il se manifesta dans la plaie et dans le bassin des douleurs violentes. Quarante sangsues furent appliquées sur l'hypogastre. Il n'en résulta aucun soulagement. On plaça sur le ventre des cataplasmes arrosés de laudanum. Les douleurs abdominales allèrent en croissant. Le malade mourut à sept heures du soir. Les parens ne permirent pas de faire l'autopsie.

VII^e. OBSERVATION.

Cancer du rectum. Excision de trois pouces de cet intestin. Inflammation des veines du bassin. Mort vingt-cinq jours après l'opération.

Marie Maret, âgée de vingt-neuf ans, entra à l'hôpital de la Pitié le 8 juin 1829; elle était couchée au n°. 20 de la salle Saint-Pierre. Cette femme éprouvait depuis trois ans dans le rectum des douleurs qui s'étaient manifestées sans cause connue. Ces douleurs se faisaient surtout sentir pendant l'excrétion des matières fécales. Ce ne fut que quinze mois après l'invasion de la maladie qu'elle s'adressa à un médecin, qui la traita d'abord par les antiphlogistiques, puis par la compression. Le squirrhe parut stationnaire pendant quelque temps sous l'influence de ce traitement; mais depuis quatre mois il faisait des progrès, au point que la malade ne pouvait plus rendre les matières fécales qu'en petite quantité et après de pénibles efforts. Dans l'intervalle des selles, elle éprouvait des douleurs lancinantes; c'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié; elle présentait l'état suivant : figure jaune pâle; excrétion extrêmement difficile des matières stercorales, qui étaient teintes de sang. En introduisant le doigt dans le rectum, on sentait une induration squirrheuse occupant toute la circonférence et rétrécissant considérablement sa cavité. La maladie remontait dans l'intérieur de l'intestin à la hauteur d'environ trois pouces. Cette femme fut opérée par M. *Lisfranc*, le 12

juin, à neuf heures du matin; il fit à un pouce environ de l'anus, deux incisions semi-lunaires comprenant la peau et se réunissant en avant et en arrière du rectum. Il disséqua la peau jusqu'aux parois de l'intestin. Portant ensuite le doigt indicateur de la main gauche dans le rectum, il le fendit sur sa paroi postérieure et parallèlement à son axe jusqu'à la hauteur d'environ trois pouces. L'opération fut alors suspendue pendant trois minutes. On plaça une éponge imbibée d'eau froide dans la plaie et la partie inférieure de l'intestin; quand on la retira, il ne s'écoulait plus de sang. Il fut facile, en déroulant le rectum, d'apprécier toute l'étendue de la maladie, elle remontait à environ trois pouces sur la muqueuse rectale. La partie inférieure de l'intestin fut saisie avec des érignes, qui servirent à l'abaisser. Un aide porta deux doigts dans le vagin, pour faire saillir la cloison recto-vaginale. M. *Lisfranc* commença par disséquer la partie du rectum correspondant au vagin. Pendant cette dissection, qui fut difficile, un aide avait soin d'éponger le sang à mesure qu'il s'écoulait. Quand le rectum fut séparé du vagin, on l'isola sur les côtés, puis on l'excisa, à la hauteur de trois pouces environ, avec de forts ciseaux courbes sur le plat. Pendant cette section, des artères assez volumineuses furent ouvertes; on porta aussitôt deux doigts au fond de la plaie pour attirer à l'extérieur les parties qui fournissaient l'hémorrhagie. On eut de la peine à atteindre la partie inférieure du rectum; on y parvint cependant après deux ou trois tentatives inutiles. Quand l'intestin fut abaissé, il arriva que le sang ne coulait plus, parce que les artères étaient comprimées. On le saisit alors sur un autre point de sa circonférence, sans toutefois le laisser remonter; on aperçut aussitôt un jet de sang assez considérable sur le côté droit de l'intestin. Une fois qu'on eut fait la ligature de cette artère, le sang, qui avait paru d'abord fourni par plusieurs vaisseaux assez volumineux, ne s'écoula plus qu'en petite quantité et par suintement. Le pouls de la malade se soutenait bien; on la reporta dans son lit sans être pansée. On examina ensuite l'altération de la partie inférieure du rectum; on trouva ses parois épaissies, elles avaient environ

quatre à six lignes d'épaisseur; la muqueuse était rouge, livide, boursoufflée et ulcérée dans quelques points; le tissu sous-muqueux était squirrheux, on y rencontrait çà et là de petites cellules remplies d'une substance blanche, gélatiniforme. La membrane musculaire était atrophiée, à peine pouvait-on distinguer ses fibres.

Immédiatement après l'opération, la malade fut prise d'un frisson général, qui dura environ une demi-heure; elle éprouva des envies inutiles d'uriner et d'aller à la selle. Au bout de deux heures, tout écoulement de sang avait cessé; on pansa la plaie avec un linge fenêtré enduit de cérat, des plumasseaux de charpie, des compresses, un bandage en T. On prescrivit à la malade de l'eau de gomme, une potion antispasmodique. Vers sept heures du soir, le pouls était élevé, la peau chaude; on pratiqua une saignée du bras de trois palettes; on sonda la malade, pour empêcher les urines de mouiller l'appareil du pansement. Elle passa une bonne nuit, elle eut seulement quelques vomissemens.

Le 13, point de douleurs dans le ventre; pouls peu fréquent; peau naturelle; levée du premier appareil, qui était sali par les matières stercorales; injections de guimauve dans la plaie; on y porte le doigt pour écarter ses parois. (Pans.; diète.) — Le soir, un peu de douleur dans l'hypogastre. (Quarante sangs. sur le ventre.) — Le 14, pouls dans l'état naturel; plus de douleur dans l'hypogastre; la plaie est remplie de matières fécales. (Pans. ord.; diète.) — Le 16, la plaie commence à suppurer; état général excellent. (Pans., inject. On porte le doigt dans le rectum).

Le 19, le pus que fournit la plaie est abondant et fétide; des bourgeons charnus de bonne nature sont développés à sa surface. Les matières fécales continuent d'être rendues en grande quantité. (Pans. trois fois par jour; diète.)

Jusqu'au 27, la malade allait très-bien; déjà on lui donnait du bouillon coupé; seulement la suppuration de la plaie continuait d'être abondante. Le pus avait entraîné avec lui des débris d'aponévroses;

les bords de la plaie commençaient à s'affaisser, sa surface était couverte de bourgeons charnus de bonne nature. On s'aperçoit le matin que le pouls est un peu plus fréquent que les jours précédens; du reste, point de douleur dans le bassin. Vers le soir, la malade éprouve un frisson qui dure environ dix minutes; elle ressent dans le bassin de légères douleurs, qu'elle attribue à l'approche de ses règles, qui devaient paraître le lendemain. (Pans. trois fois par jour, gomm.; diète.)

Le 28, les règles ont paru, mais elles ont cessé de couler au bout de trois à quatre heures; le frisson revient à la même heure que la veille; pouls fréquent; peau chaude. (Quarante sangsues à la partie supérieure des cuisses, pans. trois fois par jour; diète.)

Le 29, la suppuration a beaucoup diminué; point de douleur dans le bassin. Comme le frisson revient à la même heure que les jours précédens, on administre quinze grains de sulfate de quinine, sans compter beaucoup sur son efficacité, car M. *Lisfranc* pense que les frissons tiennent à une suppuration du tissu cellulaire du bassin. (Pans., inject. pour enlever les matières fécales qui salissent continuellement la plaie; diète.) Le soir, le pouls est assez fort; on prescrit trente sangsues sur l'hypogastre.

Le 30, il y a eu des frissons très-violens pendant la nuit; le pouls est fréquent, la peau chaude; l'hypogastre est un peu douloureux; la suppuration de la plaie est tarie; la malade éprouve de temps en temps des vomissemens. (Vingt sangs. sur l'hypog., catapl., pans.; diète.)

Le 1^er^. juillet, la malade se trouve bien le matin; pouls peu fréquent; peau sèche; point de vomissemens pendant la nuit. (Pans. trois fois, bains; diète.) Le soir, deux frissons : le dernier dure pendant une partie de la nuit.

Le 2, vomissemens de temps en temps; hypogastre douloureux à la pression; la plaie ne suppure plus; la malade continue de rendre des matières fécales en grande quantité; le pouls est petit et fréquent;

le frisson se manifeste plusieurs fois dans le courant de la journée. (Pans., bain, gomm.; diète.)

Le 3, le frisson revient plusieurs fois dans la journée; vomissemens plus rapprochés; douleur de gorge; muguet sur toute la muqueuse buccale. (Pans. ordinaire; diète.)

Le 4, le frisson a lieu trois fois dans la journée; ventre presque indolent; pouls petit et fréquent; peau sèche; vomissemens; la plaie ne suppure plus; à chaque pansement elle est couverte de matières fécales. (Pans.; diète.)

Le 6, il se manifeste une hémorrhagie par la plaie; la malade perd environ une palette de sang, ce qui l'affaiblit beaucoup. Lorsque l'élève de garde fut appelé, le sang ne coulait plus; il y avait dans la plaie un caillot qui ne fut pas enlevé. Morte vers midi.

Autopsie cadavérique. A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine parut sain; il n'existait pas d'épanchement dans la cavité du bassin; la partie postérieure et inférieure de l'utérus était un peu adhérente à la partie antérieure du rectum : on sépara cet intestin du colon. En décollant le péritoine de la partie postérieure du bassin, on aperçut du pus qui semblait sortir de l'intérieur d'un vaisseau. On disséqua avec soin les veines hypogastriques et les branches qu'elles fournissent; on trouva la plupart de ces vaisseaux remplis d'un liquide puriforme. Il existait dans la veine iliaque, à l'embouchure de l'hypogastrique, un caillot de fibrine blanchâtre contenant du pus dans son intérieur. La membrane interne de ces veines était aussi blanche que dans l'état naturel; elle était tapissée, dans les points où se trouvait le pus, par une fausse membrane qu'on enlevait facilement en râclant avec le dos du scalpel. Dans les endroits où les veines ne contenaient pas de liquide purulent, leur cavité était remplie par du sang coagulé. La plaie résultant de l'excision du rectum était en bon état; son étendue était déjà beaucoup diminuée. Tous les autres organes étaient sains.

VIII^e. OBSERVATION.

Cancer du rectum. Opération. Guérison.

Lise Fanière, âgée de vingt-cinq ans, entra à l'hôpital de la Pitié le 10 juin 1828, et fut couchée au n°. 23 de la salle Saint-Pierre Cette femme s'était livrée à un commerce contre-nature. Depuis trois ans, elle éprouvait des douleurs dans la partie inférieure du rectum. Elle était entrée à l'hôpital des Vénériens, où elle avait subi, sans succès, un traitement antisyphilitique général et local, aidé de la compression. Lors de son entrée à la Pitié, elle présentait l'état suivant : figure pâle et plombée; selles douloureuses, accompagnées de ténesme; les matières fécales, mêlées de sang, ne pouvaient être rendues chaque fois qu'en petite quantité et après de pénibles efforts. En portant le doigt dans le rectum, on sentait un épaississement squirrheux de ses parois, remontant environ trois pouces et demi au-dessus de l'anus. Le doigt avait beaucoup de peine à traverser son rétrécissement : son introduction était des plus douloureuses. La muqueuse semblait ulcérée dans plusieurs points. M. *Lisfranc* opéra cette femme le 17 août 1828. Deux incisions semi-lunaires furent faites autour de l'anus; les tégumens furent disséqués jusqu'aux parois du rectum. M. *Lisfranc* porta alors dans l'intestin les doigts indicateur et médius de la main gauche, et essaya, en les recourbant, de renverser le rectum sur lui-même, comme il avait toujours fait jusque là. Mais il ne put jamais parvenir à le renverser de manière à mettre tout le mal à découvert; il ne sut un instant comment il allait pouvoir terminer l'opération. Il eut aussitôt l'idée de fendre le rectum parallèlement à son axe, et sur sa partie postérieure. Il lui fut alors facile, en déroulant l'intestin, de voir jusqu'où s'étendait la maladie. Un aide porta deux doigts dans le vagin, pour faire saillir la cloison recto-vaginale. Le rectum fut séparé du vagin par une dissection lente. Quand il fut ensuite détaché sur les côtés et sur la partie postérieure,

on l'excisa au-dessus du mal, à la hauteur de trois pouces et demi. Il n'y eut, dans cette opération, que des artères peu volumineuses ouvertes : aucune ligature ne fut faite. On plaça dans la plaie une éponge imbibée d'eau froide. Au bout de deux heures, tout suintement sanguin avait cessé. On fit alors un pansement simple : on prescrivit de l'eau de gomme, potion antispasmodique; diète.) Vers six heures du soir, le pouls était assez développé. On pratiqua une saignée de bras de deux palettes pour prévenir les accidens inflammatoires. — Le 18, la malade a passé une bonne nuit. Seulement elle souffre dans la plaie, parce que l'appareil est sali par les urines et par les matières fécales. Le pouls est fort, la peau un peu chaude; point de douleur dans le ventre. M. *Lisfranc* ordonne de sonder la malade chaque fois qu'elle aura besoin d'uriner. (Injection de guimauve dans la plaie pour la nettoyer; pansement simple, gomme, deux saignées du bras.) — Le 19, point de douleur dans la plaie ni dans le bassin; pouls à peine fréquent; peau dans l'état ordinaire. (Injection, pansement simple, gomme; diète.) — Le 20, la plaie commence à suppurer; elle est couverte de matières fécales. On porte le doigt dans le rectum pour enlever les matières stercorales. (Injection, pansement simple, gomme; diète.) — Le 26, la plaie est en pleine suppuration; le pus qu'elle sécrète a une odeur fétide; elle est peu douloureuse et recouverte de bourgeons charnus de bonne nature. (Pansement deux fois par jour; potage.) — Le 10 septembre, l'étendue de la plaie a diminué, le pus qu'elle fournit est moins abondant; la partie inférieure du rectum commence à se rétrécir. (Introduction d'une mèche volumineuse dans la partie inférieure de l'intestin; un quart d'alimens.) — Le 20, la plaie est réduite à la largeur d'une pièce de cinq francs. Lorsqu'on y porte le doigt, on ne rencontre d'abord qu'une cloison vers la partie supérieure; on trouve l'ouverture de l'intestin collée à la face antérieure du coccyx, et formant une espèce de bourrelet remplissant les fonctions du sphincter. On voit partir de la peau une pellicule d'environ trois lignes d'étendue, remontant dans le canal formé par la plaie. Au-dessus

les bourgeons charnus sont très-développés, on les cautérise de temps en temps avec le nitrate d'argent. (Pansement, mèche volumineuse trempée dans le chlorure de soude.) La plaie ne fut complètement cicatrisée que le 25 novembre. On continua l'usage des mèches, parce que la plaie avait de la tendance à la coarctation. M. *Lisfranc* a conservé cette malade à l'hôpital jusqu'au 28 avril 1829, afin de pouvoir examiner avec soin l'état dans lequel se trouvent les malades après l'excision du rectum. Elle retenait très-bien ses matières fécales; elle s'introduisait elle-même de temps en temps des mèches pour empêcher la coarctation du canal résultant de la plaie.

Lors de sa sortie, cette malade a été présentée à l'Académie de chirurgie. M. *Lisfranc* a revu cette malade il y a environ quinze jours, la guérison se soutient; la capacité du canal résultant de l'opération n'a pas diminuée.

IX^e^. OBSERVATION.

Cancer du rectum guéri par l'opération.

Marie Lefèvre, âgée de quarante-un ans, mère de quatorze enfans, est entrée à l'hôpital de la Pitié le 5 mai 1829. Elle est couchée au n°. 26 de la salle Saint-Pierre. Il y a huit mois que cette femme a cessé d'avoir ses menstrues. Depuis plusieurs années elle est habituellement constipée. Elle a commencé, il y a environ vingt mois, à éprouver, dans la partie inférieure du rectum, des douleurs qui se faisaient surtout sentir lorsqu'elle allait à la garde-robe. Dans l'intervalle des selles elle souffrait peu d'abord; mais depuis huit mois elle ressent au fondement des élancemens presque continuels. Elle est tourmentée par des envies fréquentes et souvent inutiles d'aller à la selle. Quand elle rend des matières fécales, elles sont teintes de sang. En portant le doigt dans le rectum, on sent sur son côté droit, au-dessus des sphincters, un engorgement squirrheux, faisant dans l'intérieur de l'intestin une saillie assez considérable, et s'élevant à peu

près un pouce et demi au-dessus de l'anus. Sur la partie postérieure du rectum, on trouve de petites ulcérations à bords squirrheux, saignant facilement lorsqu'on les touche, remontant dans l'intestin à la hauteur de trois pouces. Cette femme a été opérée le 15 mai 1829. M. *Lisfranc* fit à un pouce de l'anus deux incisions semi-lunaires, se réunissant en avant et en arrière du rectum. Il disséqua les tégumens jusqu'au sphincter. Il introduisit dans le rectum le doigt indicateur gauche, et conduisant le long de ce doigt la branche de forts ciseaux droits, il fit sur la partie inférieure et postérieure de cet intestin une incision de deux pouces parallèle à son axe. Comme il s'écoulait du sang qui empêchait de voir les parties malades, l'opération fut suspendue pendant deux ou trois minutes. On plaça dans la plaie et dans la partie inférieure du rectum une éponge imbibée d'eau froide; lorsqu'on la retira de la plaie, tout écoulement de sang avait cessé. Des érignes étant fixées sur le pourtour du rectum et servant à l'abaisser, il fut alors facile de voir la tumeur squirrheuse qu'on avait sentie sur son côté droit. Elle était recouverte par la muqueuse épaissie, fongueuse, ulcérée. M. *Lisfranc* eut d'abord l'intention d'enlever cette tumeur sans emporter toute la circonférence du rectum. Il fit autour d'elle deux incisions semi-lunaires; pendant qu'il la soulevait de haut en bas, et qu'il disséquait la partie externe, il ouvrit une artère volumineuse qui donna un jet de sang considérable. Elle fut aussitôt comprimée par le doigt d'un aide. Le rectum fut détaché par la dissection des parties environnantes, et excisé à la hauteur de trois pouces avec des ciseaux courbes sur le plat. L'opération terminée, on fit la ligature de l'artère ouverte. Je portai deux doigts dans l'endroit de la plaie où existait l'écoulement de sang, et en les recourbant, j'abaissai la partie où se trouvait l'artère. M. *Lisfranc* la saisit avec une pince, et un aide en fit la ligature. Il n'y eut plus alors à la surface de la plaie qu'un écoulement de sang peu abondant. La malade fut reportée dans son lit sans être pansée. Elle éprouva des coliques, des envies d'uriner et d'aller à la selle. Il se manifesta ensuite des nausées et des vomissemens. Vers deux heures, tout suintement san-

guin avait cessé. Le pouls était assez fort. On enleva les caillots qui remplissaient la plaie, et on fit le pansement. On prescrivit à la malade de l'eau de gomme, une potion antispasmodique. Vers cinq heures du soir, le pouls était élevé, un peu fréquent; on pratiqua une saignée de bras de deux palettes. Il y eut encore de temps en temps quelques vomissemens. A minuit, le pouls parut encore très-developpé, la peau chaude. On fit une seconde saignée d'une palette. La malade se trouva soulagée. Elle dormit environ quatre heures pendant le reste de la nuit.

Le 16 mai, pouls un peu mou, à peine fréquent; point de douleur dans le bassin; quelques vomissemens dans le courant de la journée. On sonde la malade chaque fois qu'elle a besoin d'uriner. On lève le premier appareil; on fait des injections de guimauve dans la plaie pour enlever quelques caillots de sang et des matières fécales. On porte, pendant les premiers jours, le doigt dans la plaie pour empêcher la réunion de la partie supérieure. (Eau de gomm., pot. antiémét. de *Riv.*; diète.)

Le 17, la malade a dormi pendant une partie de la nuit; de temps en temps quelques vomissemens; langue belle; point de chaleur à la peau; pouls peu fréquent. La plaie n'est douloureuse que pendant les efforts du vomissement. (Eau de gomm., pot. antiémét., pans. simple.)

Le 18, un seul vomissement; pouls et peau dans l'état ordinaire; point de douleur dans le ventre ni dans la plaie. Celle-ci commence à suppurer; on porte le doigt dans la partie inférieure du rectum pour en extraire des matières fécales, et pour empêcher son agglutination. (Pans simple, gomm.; diète.)

Le 19, sommeil tranquille, plus de vomissement, point de douleur dans le bassin; la plaie suppure et présente une belle surface; pouls à peine fréquent. (Pans. ord., gomm.; diète.)

Depuis le 20 jusqu'au 30, la suppuration est très-abondante. Il se forme un petit clapier dans le tissu cellulaire de l'excavation ischio-rectale du côté droit. On évacue le pus en y faisant des injections de

guimauve, et en ordonnant à la malade de pousser comme si elle voulait aller à la selle. La surface de la plaie est couverte de bourgeons charnus de bonne nature; ses bords sont un peu renversés. (Pans. trois fois par jour, potages légers.)

Du 1^er^. au 10 juin, la suppuration est moins abondante, la plaie est moins sensible, ses bords s'affaissent et sont attirés vers le centre, les bourgeons charnus commencent à être un peu développés. (Pans. simple, le quart d'alim.)

Le 18, la surface de la plaie a diminué de moitié. Lorsqu'on y introduit le doigt, on ne trouve d'abord à sa partie supérieure qu'une espèce de cloison. On ne rencontre la partie inférieure du rectum qu'en portant le doigt fortement en arrière vers la base du coccyx. Son ouverture est affaissée sur elle-même. (Pans. avec une mèche volumineuse, un quart d'alim.)

Le 25, la plaie offre à peu près la largeur d'une pièce de cinq francs. La peau ne prête plus à la cicatrisation; on voit partir de ses bords une pellicule d'environ deux lignes de largeur. La malade retient bien ses matières fécales lorsqu'elles sont un peu dures; elles séjournent au-dessous du bourrelet formé par la partie inférieure du rectum. On panse avec une mèche volumineuse trempée dans le chlorure de soude; on cautérise de temps en temps avec le nitrate d'argent.

Aujourd'hui, 15 juillet, la cicatrice recouvre à peu près tout le canal étendu entre la peau et la partie inférieure du rectum. Ce canal a peu de tendance à la coarctation. Cependant on continue encore l'usage de mèches volumineuses. La malade conserve ses matières fécales, et ne les rend qu'à volonté.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In autumno morbi acutissimi, et maximè exitiales : ver autem saluberrimum et minimè lethale. *Sect.* 3, *aph.* 9.

II.

Autumnus tabidis malus. *Ibid.*, *aph.* 10.

III.

Qui à tetano corripiuntur, in quatuor diebus pereunt : si verò hos effugerint, sani fiunt. *Sect.* 5, *aph.* 6.

IV.

In ictericis hepar durum fieri, malum. *Sect.* 6, *aph.* 4.

V.

Quibus os uteri durum est, his necesse est os uteri clausum esse. *Sect.* 5, *aph.* 54.

VI.

Sanguine multo effuso, convulsio, aut singultus superveniens, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

RECHERCHES

N° 168.

ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

SUR LES MEMBRANES DU CERVEAU

ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE,

ET SUR LE LIQUIDE CÉRÉBRO-SPINAL,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR G.-J. MARTIN SAINT-ANGE,

Membre de la Société anatomique; ancien Élève de l'École pratique et des hôpitaux civils de Paris; Prosecteur des cours de médecine opératoire de M. *Lisfranc.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Suppléant.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau, *Suppléant.*
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Examinateur.*	Velpeau.
Gerdy, *Examinateur.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE CHEVALIER

GEOFFROY SAINT-HILAIRE,

Membre de l'Académie royale des sciences; l'un des Professeurs administrateurs du Jardin du Roi; Professeur de zoologie et de physiologie à la Faculté des sciences; Associé libre de l'Académie royale de médecine; Membre de la Légion-d'Honneur, etc., etc.

Hommage d'une éternelle reconnaissance.

G.-J. MARTIN.

A MES MAÎTRES,

MESSIEURS

CRUVEILHIER,

Professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris ; Médecin de la Maison royale de santé ; Membre de l'Académie royale de médecine ; Président perpétuel de la Société anatomique, etc., etc. ;

LISFRANC,

Chirurgien en chef de la Pitié ; Professeur de clinique et de médecine opératoire ; Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, étc., etc. ;

SERRES,

Membre de l'Institut ; Chevalier de la Légion-d'Honneur ; Médecin en chef de la Pitié ; ancien Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; Chef des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux ; Professeur d'anatomie et de physiologie du même établissement, Membre de l'Académie royale de médecine, etc., etc.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

G.-J. MARTIN.

INTRODUCTION.

Les recherches nombreuses et importantes qui ont été faites dans ces derniers temps sur les membranes du cerveau et de la moelle, ont conduit à la connaissance de plusieurs faits nouveaux, en même temps qu'elles ont reporté l'attention des anatomistes sur d'autres faits non moins curieux existant depuis long-temps dans la science, mais qui après avoir vivement occupé les esprits, étaient tombés dans un oubli peu mérité. Ayant désiré voir et constater, pour ma propre instruction, des résultats qui me paraissaient d'un haut intérêt pour la physiologie et pour l'anatomie pathologique, et ayant promptement reconnu qu'on pouvait élever quelques doutes sur des faits généralement admis, je me suis livré depuis dix-huit mois à des recherches nombreuses et faites avec soin. Ce sont les résultats de ces recherches que je vais essayer de développer dans cette dissertation, en in-

diquant par quels moyens j'y suis parvenu, et par quels procédés on pourra facilement en vérifier l'exactitude. Les points sur lesquels mon attention s'est principalement portée, et sur lesquels il ma semblé que les descriptions anatomiques s'écartaient de la vérité, c'est la disposition de la pie-mère dans les ventricules et le trajet de l'arachnoïde entre le cervelet et le corps calleux. Je crois, en effet, pouvoir démontrer la non existence du canal de *Bichat*, et la non existence de l'arachnoïde dans les ventricules du cerveau. Ce second fait est une conséquence du premier, et il permet d'établir que la disposition de l'arachnoïde ne diffère nullement de celle des autres séreuses.

On se rappelle, au contraire, que d'après les recherches récentes de M. *Magendie*, et sa découverte de l'ouverture qui met en communication le quatrième ventricule avec la cavité sous-arachnoïdienne, il semblait qu'on dût admettre une perforation en ce point de l'arachnoïde. C'était là une grave exception à l'un des caractères les plus généraux des membranes séreuses, et une anomalie d'autant plus difficile à concevoir, qu'on ne pouvait même supposer la continuité de la séreuse perforée avec une autre membrane : disposi-

tion que l'on rencontre toujours dans les cas rares où une séreuse est perforée, comme on en connaît depuis long-temps chez l'homme et la plupart des animaux un exemple à l'égard du péritoine, et comme nous en avons fait connaître un autre, M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire* et moi, à l'égard de cette même membrane chez divers animaux.

J'ai joint à la description détaillée de l'arachnoïde et de la pie-mère, telle qu'elle doit être donnée d'après les résultats de mes nouvelles recherches, une description très-succincte de la dure-mère, dont la disposition, quoique assez compliquée, est facile à suivre et généralement bien connue depuis long-temps.

J'ai cherché à rendre ces descriptions aussi claires que possible; toutefois je dois craindre qu'on ne les trouve arrides et un peu obscures. Une description anatomique a besoin, pour être facilement comprise, que les yeux puissent la suivre sur une préparation, surtout lorsqu'il s'agit d'un trajet aussi compliqué que celui de l'arachnoïde ou de la pie-mère. C'est par ce motif que j'ai cru devoir joindre à cette thèse deux planches, dont l'une représente le trajet de la

pie-mère, et dont l'autre montre la disposition de la glande pinéale chez l'homme et les reptiles. J'y ai joint aussi deux figures qui représentent des cas pathologiques propres à jeter du jour sur un point difficile et important.

RECHERCHES

ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

SUR LES MEMBRANES DU CERVEAU

ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE,

ET SUR LE LIQUIDE CÉRÉBRO-SPINAL.

DESCRIPTION ANATOMIQUE DE LA DURE-MÈRE CÉRÉBRALE.

Cette membrane, qui offre une structure très-résistante, et qu'il est facile d'étudier, a par cela même été bien décrite, et il ne reste que peu de chose à indiquer sur son trajet.

Je vais en donner une analyse succincte.

La dure-mère, après avoir tapissé toute l'étendue de la voûte du crâne, se continue sur la base, s'enfonce dans le trou borgne derrière l'apophyse *crista-galli*, forme des canaux fibreux qui pénètrent dans les trous de la lame criblée de l'éthmoïde et dans les trous orbitaires internes ; elle se prolonge, d'une part, sur les nerfs optiques, et de l'autre elle se confond avec le périoste. Cette dsposition, qui lui est

attribuée par les anatomistes, ne me paraît pas complètement exacte ; il me semble que du tissu cellulaire très-serré réunit ces deux membranes, et qu'elles ne se confondent nullement derrière le trou optique. La dure-mère offre une ouverture circulaire, qui offre passage à l'artère carotide interne à sa sortie du sinus caverneux ; elle forme, entre le nerf optique et cette artère, un canal dans lequel passe l'artère ophthalmique ; elle tapisse ensuite la selle turcique et contient la glande pituitaire ; de là elle se continue sur les côtés du corps du sphénoïde, et forme les sinus caverneux ; plus en dehors, elle se réfléchit sur les bords libres de l'apophyse d'*Ingrassias*, descend au-devant de la fente sphénoïdale, qu'elle ferme en partie. Tous les trous de la base du crâne sont revêtus de la dure-mère, qu'accompagnent les nerfs et les vaisseaux plus ou moins loin. Il est ici difficile de constater avec certitude que les nerfs crâniens sont, comme on le dit, enveloppés de la dure-mère dans une étendue plus considérable que les nerfs rachidiens ; il est, en effet, difficile de bien suivre les enveloppes qui semblent véritablement se confondre et n'en former qu'une seule. Plus en arrière, la dure-mère recouvre la gouttière basilaire, forme les sinus pétreux et transverses ; plus en dehors, elle présente une ouverture pour la sixième paire, pénètre ensuite dans le conduit auditif interne : il n'est pas démontré qu'elle pénètre dans l'aqueduc de *Fallope*. J'ai fait quelques recherches à cet égard, et il me semble que la membrane interne de l'aqueduc n'a pas à beaucoup près l'aspect de la dure-mère ; elle semble plutôt être le périoste, qui se continue dans le trou stylo-mastoïdien. Cependant on voit qu'il y a continuité de tissu, et si la chose paraissait offrir quelque importance, il ne serait pas impossible de lever le doute à cet égard. La dure-mère envoie deux prolongemens fibreux dans le trou déchiré postérieur, l'un pour les nerfs vague, glosso-pharyngien et spinal ; l'autre pour la veine jugulaire ; elle pénètre enfin dans les trous condyloïdiens, et est très-adhérente à toute la circonférence du trou occipital.

La surface libre ou interne de la dure-mère est lisse et polie, excepté

sur la selle turcique, où elle loge la glande pituitaire, qui, comme on le sait, sépare cette membrane de l'arachnoïde qui la rend lisse et polie.

Les replis de la dure-mère dans le cerveau sont la faux et la tente du cervelet. Enfin la dure-mère est creusée dans son épaisseur, ou mieux contient entre les deux lames qui la constituent, des canaux veineux qu'on nomme *sinus*, et au nombre de seize, savoir : le longitudinal supérieur, les deux latéraux, le longitudinal inférieur, le droit, les deux occipitaux, qui sont quelquefois réunis en un seul; les deux pétreux inférieurs, les deux supérieurs, le transverse, les deux caverneux, les coronaires antérieur et postérieur. Tous ces sinus sont destinés à recevoir le sang du cerveau et de ses enveloppes, et à le transmettre dans le golfe de chaque veine jugulaire. Tous les sinus que nous venons d'indiquer n'existent pas constamment; ils changent quelquefois de direction, de nombre ou de figure, et se subdivisent ou se réunissent de différentes manières. Voilà, quant à la dure-mère cérébrale, quel est son trajet; je parlerai plus tard de la portion de cette même membrane qui enveloppe la moelle épinière.

DESCRIPTION ANATOMIQUE DE L'ARACHNOIDE CÉRÉBRALE.

Pour bien faire comprendre la manière dont se comporte cette membrane, et mieux faire distinguer le mode dont je considère sa disposition, il me semble convenable de donner un exposé succinct de ce que les auteurs ont dit sur cette enveloppe séreuse.

Béclard a dit de l'arachnoïde que sa disposition est semblable à celle de toutes les séreuses, c'est-à-dire qu'elle se comporte à l'égard du cerveau et de la moelle qu'elle revêt comme la plèvre, le péritoine, etc., à l'égard de leurs viscères respectifs. Elle présente, comme toutes ces membranes, deux feuillets; l'un se déploie sur le cerveau et la moelle, l'autre tapisse l'intérieur du crâne et du canal vertébral : tous deux sont continus l'un à l'autre au moyen des gaînes qui s'en déta-

chent partout où des vaisseaux ou des nerfs traversent leur intervalle et représentent ainsi un véritable sac sans ouverture.

Le feuillet extérieur ou crânien adhère intimement à la dure-mère, dont il est seulement séparé au niveau des trous dans lesquels s'enfonce cette dernière, endroit où il se replie du côté du cerveau. Il est également isolé sur la selle turcique, où la glande pituitaire sur laquelle il passe, le sépare de la dure-mère. Malgré l'adhérence de ce feuillet, on peut, par une dissection soignée, reconnaître son existence.

Le feuillet interne ou cérébral est faiblement uni à la pie-mère, dont on le détache aisément par l'insufflation : il est entièrement libre au niveau des anfractuosités, qu'il ne fait que recouvrir en passant d'une circonvolution à l'autre, et dans lesquelles la pie-mère seule se prolonge. Ce feuillet offre diverses particularités, suivant les endroits où on l'examine. 1°. Sur la convexité du cerveau, il fournit des enveloppes aux veines du sinus longitudinal supérieur, embrasse les granulations répandues le long de ce sinus, tapisse le côté interne des hémisphères, donne de nouvelles gaînes pour les veines du sinus longitudinal inférieur, se porte sur le corps calleux, ayant au-dessous de lui les artères de ce corps, et se prolonge en arrière sur les lobes postérieurs, à l'extrémité desquels il fournit des gaînes à des veines qui se portent dans les sinus latéraux. Son adhérence sur cette face est plus marquée qu'à la face inférieure. 2°. Entre le cerveau et le cervelet, ce feuillet s'engage dans une ouverture ovalaire, qui est le commencement d'un canal que forme la pie-mère en s'enfonçant au-dessous du corps calleux pour aller donner naissance à la toile choroïdienne, traverse le canal dans lequel les veines de *Galien* reçoivent une enveloppe, ressort par son autre orifice, situé dans le troisième ventricule à la face inférieure de la toile choroïdienne, et va tapisser toutes les cavités intérieures du cerveau en bouchant les autres ouvertures qu'elle présente; elle s'amincit prodigieusement sur les parois de ces cavités, et s'y confond tellement avec la substance cérébrale, qu'il est presque impossible de l'en isoler. La pie-mère manque en cet endroit au-dessous de l'arachnoïde cérébrale, et n'existe que dans les replis flottans

à l'intérieur des ventricules, comme les plexus choroïdes, que l'arachnoïde revêt également, suivant les auteurs. 3°. Sur le cervelet, le feuillet cérébral de l'arachnoïde est isolé en haut par ses deux faces dans une certaine étendue, au niveau de la rainure qui sépare les lobes postérieurs du cerveau d'avec le cervelet; il présente dans le même sens des gaînes pour les veines du sinus droit, et pour quelques-unes de celles des sinus latéraux; en bas, ce feuillet est également libre et séparé de la pie-mère dans une plus ou moins grande étendue entre les deux hémisphères du cervelet. 4°. A la face inférieure du cerveau, il unit les lobes antérieurs dans leur partie postérieure en passant immédiatement de l'un à l'autre, et ne pénètre dans leur intervalle qu'en avant; il recouvre les nerfs olfactifs, auxquels il forme une petite gaîne près de leur extrémité, enveloppe de même les nerfs optiques, qu'il n'abandonne que pour gagner la face interne de la dure-mère, se réfléchit autour de la tige pituitaire, de l'artère carotide interne, passe sur la scissure de *Sylvius* et sur l'ouverture demi-circulaire des ventricules latéraux, sans suivre la pie-mère dans ces cavités; est en outre séparé de cette membrane dans tout l'espace compris entre la commissure des nerfs optiques et la protubérance annulaire de la moelle allongée; revêt cette protubérance et ses divers prolongemens en laissant entre lui et la pie-mère des intervalles sensibles; il fournit des gaînes à tous les nerfs qui naissent en cet endroit. 5°. Sur la moelle, l'adhérence de ce feuillet est encore moindre que dans le cerveau proprement dit; quelques filamens cellulaires seuls la produisent. Les gaînes qu'il fournit aux nerfs spinaux sont très-courtes; il en donne également aux vaisseaux de la moelle et aux différentes portions du ligament dentelé; il se termine inférieurement par une sorte de canal étroit qui descend jusqu'à l'extrémité du canal sacré, où il se réfléchit sur la dure-mère. Toutes les gaînes que forme l'arachnoïde adhèrent faiblement aux parties qu'elles recouvrent, et n'ont point le plus souvent de pie-mère au-dessous d'elles. Par leur côté libre, les deux feuillets de l'arachnoïde se touchent; ils sont sans cesse lubrifiés par une vapeur séreuse qui leur donne un aspect lisse et poli. C'est à la pré-

sence du feuillet qui lui appartient, que la dure-mère doit le poli de sa face interne ; ce poli manque dans les endroits de cette face que l'arachnoïde ne revêt pas. La membrane des ventricules, qui n'est, suivant les auteurs, comme nous l'avons dit, qu'une dépendance de l'arachnoïde, et qu'on décrit ordinairement sous le nom d'*arachnoïde intérieure*, présente à sa surface libre la même disposition que l'arachnoïde extérieure, et est, comme cette dernière, partout en contact avec elle-même.

C'est ainsi que l'on décrit l'arachnoïde. Cette description est en général exacte pour ce qui regarde le trajet de cette membrane à l'extérieur ; mais telle n'est point, il me semble, la description de cette toile que l'on nomme *arachnoïde intérieure*. L'arachnoïde n'existe point dans les ventricules, et cela va peut-être étonner ; car, de cette manière, il ne doit plus y avoir de communication de l'extérieur du cerveau avec l'intérieur ou les ventricules, et le canal décrit par *Bichat* ne doit point exister. C'est pourtant à ce célèbre anatomiste que nous devons cette assertion admise par tous ses successeurs, et que je vais essayer de combattre par des faits. Voici de quelle manière se comporte l'arachnoïde cérébrale.

Pour faciliter sa description, je la suppose partir du trou occipital ; de là elle se porte sur le cervelet, qu'elle recouvre de toutes parts. Arrivée près du bord postérieur et libre du corps calleux, et un peu avant de franchir la fente transversale qui sépare le cervelet du cerveau, on voit l'arachnoïde former un repli de forme triangulaire ; l'un des côtés de ce triangle, l'antérieur, correspond à la réunion des deux troncs veineux de *Galien*, au moment où ils s'abouchent pour former le tronc unique des veines de *Galien*, qui va ordinairement déboucher dans le sinus longitudinal inférieur, ou dans le supérieur, lorsque le premier vient à manquer. L'arachnoïde se comporte, pour ce trou des veines de *Galien*, comme pour toutes les ouvertures nécessaires au passage des nerfs et des vaisseaux, c'est-à-dire qu'elle se réfléchit sur ces troncs veineux en formant un petit repli ; l'arachnoïde revient ensuite sur le sinus inférieur, qu'elle revêt de toutes parts, se

porte sur le corps calleux, sur la face interne des hémisphères cérébraux antérieurs, de là sur leur face convexe, pour gagner ensuite toute leur partie postérieure et inférieure, et aller ainsi rejoindre la portion de cette même membrane qui recouvre la base du cervelet et la protubérance annulaire. De cette manière, l'arachnoïde forme une véritable membrane séreuse qui enveloppe la masse encéphalique sans pénétrer dans ses cavités. Ainsi, si l'on suppose le feuillet de l'arachnoïde partir d'un point quelconque, par exemple, de la faux du cerveau, nous voyons cette membrane tapisser toute la face interne de la dure-mère, suivre celle-ci jusqu'à l'entrée de chaque trou crânien, se réfléchir après les avoir traversés, et former ainsi un cul-de-sac. Cette membrane ainsi réfléchie, se continue avec le feuillet libre de l'arachnoïde, qui à son tour vient recouvrir la masse cérébrale en passant simplement par-dessus toutes ces circonvolutions, et, sans pénétrer dans aucun canal, elle gagne ainsi le corps calleux, l'autre hémisphère, et se porte encore dans tous les trous de la base du crâne pour aller encore rejoindre ce feuillet par-dessus toutes les circonvolutions. Ainsi le point par où nous l'avons supposée partir (la faux du cerveau) se trouve le point qui termine le cercle.

Cette manière idéale de faire commencer l'arachnoïde d'un point plutôt que d'un autre, ne sert qu'à bien faire comprendre le trajet de cette séreuse, et en cela je n'ai fait qu'imiter les descriptions qu'on a données des plèvres, du péritoine, etc. Cette description de l'arachnoïde, qui, en apparence, paraît aussi simple que facile à comprendre, pourrait faire croire que, si tel avait été son trajet, personne ne s'y serait mépris; mais voici d'où vient l'erreur : *Bichat*, sans doute comme les autres anatomistes, enlevait le cerveau de la boîte crânienne pour mieux l'étudier. Cela était suffisant pour déterminer une déchirure que *Bichat* a le premier cru être naturelle. Même chose m'est toujours arrivée lorsque j'ai voulu étudier le cerveau par les procédés ordinaires; cependant, dans mes dernières recherches, voulant me rendre compte du trajet de l'arachnoïde ventriculaire, je ne pouvais y parvenir qu'en faisant passer celle-ci par l'ouverture

déjà décrite. Je me vis un instant embarrassé, et restai dans le doute sur l'existence du canal de *Bichat*. Je fis part de mes observations a notre savant président, M. le professeur *Cruveilhier*, qui me dit ne pas être convaincu de l'existence de l'arachnoïde dans les ventricules; car il lui répugnait d'admettre une séreuse perforée, comme on était obligé de le faire en supposant l'existence du canal de M. *Magendie;* il me dit aussi qu'il restait encore à bien décrire la fente de *Bichat* pour savoir de quelle manière l'arachnoïde pénétrait dans le canal. C'était là des données propres à éclairer un fait qui n'était pas encore bien démontré. Je continuais donc mes recherches vers ce point, lorsqu'un jour je voulus faire voir à M. *Serres* que l'arachnoïde formait un petit repli autour des veines de *Galien*, et qu'elle ne pénétrait point dans les ventricules. Cette dernière idée répugnait à ce professeur, qui, comme tous les anatomistes, admet la présence de l'arachnoïde dans les ventricules du cerveau, et qui s'appuyait surtout sur les nombreux faits pathologiques qu'il a observés. Cependant d'autres faits m'avaient conduit à une autre opinion, et je pensai que la pie-mère pouvait pénétrer seule dans les ventricules en se comportant de la manière que j'indiquerai en parlant de cette enveloppe. Les motifs qui viennent à l'appui de l'opinion des anatomistes qui croient à l'existence du trou de *Bichat*, sont principalement la disposition constante de cette ouverture, qui est toujours située au même point, offre toujours les mêmes dimensions, et ne peut être l'effet du hasard. D'ailleurs, en admettant la présence de l'arachnoïde dans les cavités du cerveau, on est conduit nécessairement à admettre aussi l'existence du canal de *Bichat*, puisque ce canal est la seule voie par où l'arachnoïde puisse pénétrer dans l'intérieur des ventricules.

Le doute élevé par M. *Cruveilhier* sur l'existence de l'arachnoïde ventriculaire, me décida à de nouvelles investigations; mais elles furent d'abord tout à fait infructueuses, car j'obtins plusieurs fois le même résultat. Cela me fit penser que le mode d'observer pouvait peut-être m'induire en erreur. Je pris donc la résolution de ne plus enlever le cerveau de sa cavité crânienne, et je fis une coupe comme pour enlever une

base du crâne en faisant partir un trait de scie de la bosse nasale vers l'occipital. La base du cerveau ainsi mise à nu, il fut facile de couper un des pédoncules et d'enlever un hémisphère; alors je vis, et de cette manière seulement, que l'arachnoïde ne forme point d'ouverture, que le canal décrit par *Bichat* n'existe réellement pas, qu'elle était due seulement au mode de préparation employé pour retirer le cerveau de sa boîte osseuse; et qu'enfin l'arachnoïde se comporte en ce point comme je l'ai déjà indiqué. Cette disposition, contraire à tout ce qui a été dit jusqu'ici, peut être facilement vue par tous ceux qui voudront vérifier le fait, en prenant toutefois les précautions nécessaires.

DESCRIPTION ANATOMIQUE DE LA PIE-MÈRE CÉRÉBRALE.

Les différences qui existent entre la description de l'arachnoïde, telle que l'ont donnée les auteurs, et telle que je l'ai moi-même présentée, entraînent nécessairement des différences non moins grandes entre ma manière d'envisager la pie-mère et celle qui est généralement admise; car j'ai passé sous silence, dans cette description, la membrane qui tapisse l'intérieur des ventricules, membrane que les auteurs s'accordent à rapporter à l'arachnoïde, et qu'au contraire je regarde comme une portion de la pie-mère.

Je supposerai encore cette membrane partir du trou occipital; elle pénètre dans toutes les circonvolutions que l'arachnoïde ne fait que recouvrir immédiatement et en masse; c'est donc la pie-mère seule qui pénètre dans les ventricules. En se portant de la face supérieure du corps calleux sur son bord libre, là elle se sépare de l'arachnoïde qui passe immédiatement sur le cervelet pour se contourner et se porter au-dessous du corps calleux qu'elle tapisse. C'est cette membrane qui forme au-dessous de la voûte à trois piliers la toile choroïdienne, qui se porte de part et d'autre de la ligne médiane, où elle rencontre un grand nombre de vaisseaux, qu'elle enveloppe pour constituer ce que l'on nomme les *plexus choroïdes;* il est

présumable que cette pellicule très-ténue qui recouvre et tapisse de toutes parts les ventricules, et que l'on a dit être le feuillet arachnoïdien, n'est autre chose que la pie-mère dépourvue presque de vaisseaux. Toutefois il m'a été impossible de bien suivre cette membrane depuis le bord libre et externe des plexus jusque sur les corps striés et les autres parois du ventricule. Il m'a été facile, par la macération, de faire détacher des plaques plus ou moins étendues de la surface des corps striés, des couches optiques, etc. J'ai aussi suivi quelques lamelles jusqu'aux bords externes des plexus choroïdes. C'est là ce qui me fait penser que la pie-mère se continue dans les ventricules latéraux; quant au ventricule moyen, je n'ai jamais pu enlever, par quelque moyen que ce fût, une lamelle ou débris de membrane. Dans tous les cas, la pie-mère peut très-bien être suivie partout ailleurs; ainsi, après avoir enveloppé les vaisseaux qui constituent le plexus choroïde jusque dans les ventricules inférieurs ou cavités ancyroïdes, elle se porte plus évidemment des plexus sur les parois des ventricules, et on la voit surtout se porter sur le bord interne de la corne d'Ammon, se continuer supérieurement avec la pie-mère des hémisphères cérébraux au moyen d'une circonvolution qui se trouve sur chaque côté du bord postérieur du corps calleux, et qui communique avec la cavité digitale par où la pie-mère ventriculaire se continue de l'intérieur à l'extérieur. Après avoir formé ce prolongement, elle passe entre la couche optique et le bord interne de la corne d'Ammon, s'enfonce dans cette fente, va gagner toute la base des couches optiques, enveloppe les pédoncules du cerveau, gagne la protubérance annulaire pour se porter de là sur la moelle allongée. En avant et dans les ventricules latéraux la pie-mère se continue dans la scissure de *Sylvius;* plus en avant encore, et sur la ligne médiane, elle se porte dans la grande fente interlobulaire du cerveau. C'est en suivant ainsi la pie-mère que l'on peut s'assurer évidemment que ce qui constitue les plexus choroïdes et la toile choroïdienne, n'est autre chose que des replis de la pie-mère qui pénètrent, soit par la fente cérébrale, soit par la scissure de *Sylvius*, par la fente qui sépare

les couches optiques du bord interne des cornes d'Ammon, soit enfin par la face inférieure du corps calleux, et les deux circonvolutions qui avoisinent le plus le bord postérieur du corps calleux.

En parlant de la toile choroïdienne, j'ai omis de décrire un repli que forme la pie-mère ; elle s'insère au bord de la commissure postérieure, de là se porte sur la face inférieure de la glande pinéale, sur sa face postérieure, sur la supérieure et non sur l'antérieure. De cette disposition, il résulte que la glande pinéale est enveloppée de toutes parts, si ce n'est antérieurement ; c'est donc un véritable sac que la pie-mère forme en ce point, et cet arrangement est très-remarquable quant aux usages que cette glande peut avoir : aussi reviendrai-je sur cette disposition.

ENVELOPPES DE LA MOELLE.

Les enveloppes de la moelle présentent une disposition beaucoup plus simple que les enveloppes du cerveau ; aussi sont-elles connues d'une manière beaucoup plus exacte. Il est cependant, dans l'état présent de la science, deux points, dont l'un surtout est encore presque entièrement nouveau, et qui tous deux méritent de fixer l'attention des anatomistes, soit par l'intérêt qu'ils offrent en eux-mêmes, soit à cause des applications qui peuvent en être faites à la pathologie. Ces deux points sont l'examen du canal nouvellement décrit par M. *Magendie* et les rapports qui existent entre la cavité sous-arachnoïdienne et la membrane qui enveloppe tous les nerfs.

Je crois ne devoir donner qu'une description succincte des enveloppes de la moelle ; mais je m'arrêterai d'une manière spéciale sur les deux points que je viens d'indiquer. L'importance du sujet m'autorise à rapporter avec détail les recherches nombreuses que j'ai faites moi-même, et auxquelles je joindrai les résultats de plusieurs expériences entreprises par M. *Cruveilhier;* résultats qui n'ont point encore été publiés, et dont je dois à sa bienveillance la précieuse communication. Enfin je donnerai quelques observations pathologiques, dont

deux recueillies dans le service de M. *Serres*, et dont les résultats, liés d'une manière directe à notre sujet, sont d'autant plus curieux qu'ils semblent au premier aspect en opposition avec ceux de nos recherches.

Description et recherches anatomiques.

La dure-mère, à l'intérieur du rachis, se trouve en rapport avec les parois de ce tube, et forme un long canal plus ou moins ample. Sur les côtés, elle fournit autant de conduits fibreux qu'il existe de trous de conjugaisons. Ces prolongemens se confondent avec le névrilème, et je pense que celui-ci n'est autre chose qu'un prolongement de la dure-mère.

L'arachnoïde spinale tapisse la dure-mère, mais ne la suit pas aussi loin sur les nerfs; elle s'arrête sur les ganglions, comme on peut s'en assurer par des injections faites au mercure. On voit, dans ce cas, l'injection revenir dans la cavité arachnoïdienne sans pouvoir passer outre, et d'ailleurs, on peut suivre, le scalpel à la main, l'arachnoïde jusqu'aux ganglions. Là on la voit former un cul-de-sac pour se porter sur les nerfs et la moelle, et constituer ainsi le feuillet interne ou libre de l'arachnoïde.

La pie-mère, immédiatement appliquée sur les nerfs rachidiens, qu'elle accompagne partout, et sur la moelle, qu'elle revêt complètement, laisse à la partie supérieure de cet axe spinal, et près du *calamus scriptorius*, une ouverture qui est loin d'être toujours uniforme. Cependant, dans le plus grand nombre des sujets, elle est oblongue ou en forme de lance en haut, et arrondie en bas, où l'on remarque une espèce de poche formée par la pie-mère. C'est par cette ouverture ou écartement de cette membrane que les artères cérébelleuses postérieures et quelques veines passent, ainsi que la pie-mère elle-même, qui enveloppe ces vaisseaux, et forme là encore deux plexus choroïdes. Une lamelle très-ténue va d'un plexus à l'autre, et ferme en grande partie l'ouverture de la pie-mère, que M. *Magendie* a le pre-

mier décrite. Il y a là véritablement un écartement, une fente ou ouverture ovalaire que laisse la pie-mère en se portant dans le quatrième ventricule; mais cette communication est loin d'être ce qu'on l'a crue; on ne peut lui donner, comme on l'a fait, des dimensions, puisqu'on voit quelquefois ne pas y avoir en apparence d'ouverture. En un mot, ce n'est pas là un canal libre et bien distinct; il y a des vaisseaux et des filamens celluleux appartenant à la pie-mère, qui passent au-devant de lui. Cela ne détruit nullement la communication réelle qui existe entre le quatrième ventricule et la cavité sous-arachnoïdienne; seulement cette disposition anatomique non indiquée sert à nous rendre compte de quelques faits pathologiques dont je vais faire mention.

Le sang peut s'accumuler sur cette toile celluleuse située au-devant du canal; le pus peut même former collection dans les ventricules sans pouvoir traverser le canal et se porter dans la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle. Cependant la sérosité passe librement du cerveau vers le prolongement rachidien, et de celui-ci vers le cerveau; il en est de même de l'eau colorée, de l'essence, etc. J'ai répété plusieurs expériences, et entre autres celle de faire passer de l'eau dans la cavité sous-arachnoïdienne : je suspendais le sujet tantôt par la tête, tantôt par les pieds, et dans ce cas j'enlevais les hémisphères cérébraux; et toujours, je dois le dire, l'eau passait de la cavité sous-arachnoïdienne dans les ventricules, et réciproquement. Cette transmission de liquide se faisait, il est vrai, avec plus ou moins de facilité, et quelquefois même avec beaucoup de lenteur.

Les recherches que M. le professeur *Cruveilhier* a bien voulu me communiquer viennent à l'appui des remarques que je viens de présenter. Voici quelques-unes de ses expériences et de ses observations :

1°. Il a injecté du mercure dans les ventricules du cerveau chez un chien. Une inflammation vive est survenue, et a donné lieu à une grande quantité de pus qui s'est accumulé dans le quatrième ventricule sans passer dans la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle.

M. *Cruveilhier* s'est attaché surtout à montrer de quelle manière il fallait procéder pour vérifier et constater la présence de la toile celluleuse et vasculaire qui semble boucher l'ouverture décrite par M. *Magendie ;* il a indiqué le mode de préparation, qui consiste à enlever couche par couche les parties subjacentes à ce canal sans écarter, comme on le fait ordinairement, le prolongement rachidien ; car c'est par ce procédé qu'on déchire le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et que l'on forme une ouverture en apparence libre.

2°. Dans un cas d'hydrocéphalie, il a pu constater, chez un jeune sujet, que la sérosité contenue dans les ventricules ne passait pas sous les enveloppes de la moelle.

3°. Sur quinze sujets pris au hasard, il a constamment trouvé le canal décrit par M. *Magendie.* Il a remarqué cependant que çà et là, autour de cette ouverture, existaient des débris de membranes.

Je citerai plus bas quelques observations pathologiques qui offrent de l'analogie avec celles de M. *Cruveilhier ;* mais avant de terminer ce chapitre, je dois remarquer que les recherches dont j'ai donné les résultats sont loin d'être les seules preuves que je pourrais alléguer en faveur de la communication du quatrième ventricule avec la cavité sous-arachnoïdienne. Plusieurs auteurs, entre autres *Cotugno*, ont donné plusieurs faits, dont je rappellerai les principaux.

Cotugno annonce d'une manière positive la présence d'une grande quantité de liquide dans la cavité encéphalo-rachidienne. Il établit que de tous les animaux l'homme est celui chez lequel le canal rachidien est proportionnellement le plus considérable, que le canal fibreux de la dure-mère ne remplit pas le canal osseux, mais que, d'un autre côté, la moelle épinière ne remplit pas la cavité de la dure-mère ; que l'intervalle qui sépare le cordon rachidien de la dure-mère est rempli par une graisse molle et fluente chez les individus dans le marasme, par une véritable mucosité (*mucus verus*) chez les hydrocéphales ; et chez les enfans nouveau-nés qui succombent dans un accouchement laborieux, une vapeur sanguinolente (*vapor sanguineus.*)

L'espace compris entre la dure-mère spinale et la moelle épinière,

est rempli non par la moelle elle-même, plus turgescente chez le vivant, non par un nuage de vapeurs, comme le soupçonnent encore quelques hommes distingués, mais d'eau tout à fait semblable à celle contenue dans le péricarde et qui entoure le cœur, à celle qui remplit le ventricule du cerveau, en un mot, toutes les cavités qui sont à l'abri du contact de l'air.

Cotugno a vu le liquide contenu dans la cavité spinale dont il estime la quantité à quatre ou cinq onces. Il a vu celui contenu dans la cavité crânienne, sous l'arachnoïde, remplissant tous les intervalles qui existent entre elle et la dure-mère; il dit que cet intervalle est variable, qu'il est plus considérable chez les vieillards et chez les individus dans le marasme. Il dit positivement qu'il y a mélange entre le liquide contenu dans le cerveau et celui contenu dans la cavité spinale; qu'une partie du liquide contenu dans la cavité rachidienne vient de la cavité crânienne. Il indique les moyens de démontrer cette communication. Si le crâne étant entier, vous ouvrez la colonne vertébrale pour pouvoir inciser la dure-mère, le liquide s'échappe en grande quantité, et lorsqu'il sera entièrement écoulé, relevez la tête du cadavre, une nouvelle quantité de liquide s'échappe comme d'une nouvelle source : il a fait cela sur vingt sujets, et il a trouvé de quatre à cinq onces de liquide.

Ces faits sont exacts, et prouvent la communication de l'eau du tissu cellaire sous-arachnoïdien avec celle des ventricules du cerveau. Ce liquide est limpide chez l'adulte, quelquefois jaunâtre. Chez le fœtus, il est en très-petite quantité et rougeâtre.

Cotugno va au devant de toutes les difficultés. On pourrait penser, dit-il, que ce liquide n'existe qu'après la mort. Mais il n'y a aucun vide dans l'économie, et d'ailleurs on trouve ce liquide chez les animaux vivans.

Observations pathologiques.

Les observations pathologiques que j'ai recueillies, et que l'importance de leurs résultats m'oblige de rapporter avec détail, tendent, comme quelques-unes des expériences de M. *Cruveilhier*, à prouver que l'ouverture décrite par M. *Magendie* est quelquefois obstruée.

I^re^. OBSERVATION.

Le nommé Louis Lyon, âgé de huit ans, d'une constitution faible et détériorée, au dire de ses parens, a toujours été souffrant depuis le moment de sa naissance, et a été nourri par plusieurs femmes; sa mère, qui n'a pu le garder que deux mois, a attribué sa maladie au défaut de bonnes nourrices données à son enfant. A l'âge de trois ans, il fut vacciné, et à partir de ce moment il se trouva un peu mieux; mais quelques jours seulement s'étaient écoulés, lorsque l'enfant fut pris tout à coup d'un tremblement universel qui dura trois jours. Le calme survint, mais il fut impossible de faire marcher le malade, qui paraissait ne pouvoir plus se soutenir sur ses jambes. On consulta plusieurs médecins, et entre autres M. *Dubois*, qui ordonna les bains froids et les sangsues appliquées derrière les oreilles. Cette prescription ne produisit rien de satisfaisant, et la maladie semblait en quelque sorte stationnaire. Un jour que l'enfant se trouva seul et assis sur un tas de sable, on remarqua qu'il s'amusait à avaler de petites pierres siliceuses, lisses et polies. On ne tarda pas à s'apercevoir qu'il faisait un tel usage de tout ce qui lui tombait sous la main, et qui était susceptible d'être avalé. Placé de nouveau, à dessein, dans le même lieu où il avait déjà pris du sable, il ne se contentait pas d'une petite quantité, mais il en saisissait à pleines mains et semblait s'en gorger. Deux heures après l'introduction de ces corps dans l'estomac, il vomit un grand nombre de grains de silex, et en expulsa de même par les selles. Cette espèce de manie dura chez cet enfant jusqu'à l'âge de cinq ans. Pendant tout

ce temps il avait été comme imbécille, ne proférait aucune parole, et ne pouvait articuler qu'imparfaitement quelques mots; lorsque tout à coup, et dans le seul espace de vingt jours, il parut très-intelligent, cherchait à saisir tout ce que l'on disait, se souvenait de tout ce qu'on lui faisait faire pour la première fois, et commençait à s'exprimer. De temps à autre il était pris de convulsions qui étaient de courte durée, mais qui ne tardaient pas à devenir très-fréquentes. Malgré cela, l'enfant parut prendre des forces; son embonpoint devint médiocre, de nul qu'il était. On l'envoya à la campagne dans l'espoir de le faire rétablir plus promptement. Mais, soit l'ennui qu'il éprouvait de ne plus voir ses parens, soit le défaut de bonne nourriture, l'enfant devint de nouveau plus malade que jamais. On le fit revenir deux ans et demi après. C'est à cette époque que je le vis pour la première fois avec M. le docteur *Lullier Winslow*. Voici dans quel état nous le trouvâmes : extérieur du corps dans le marasme le plus complet; tête très-volumineuse; perte de la vue depuis quinze mois; impossibilité de se tenir sur ses jambes, qui fléchissent et paraissent privées de tout mouvement; la sensibilité existe partout; la tête est penchée en arrière et fortement fléchie sur le tronc, comme dans l'opisthotonos; les convulsions sont très-fréquentes, elles surviennent cinq ou six fois par jour; leur durée est de trois à quatre minutes, rarement plus. Il y a de la roideur dans les membres thoraciques et pelviens; il n'y a point d'écume à la bouche, point de perte de connaissance. L'enfant porte ses deux mains sur le front, qu'il comprime aussi fortement qu'il est en lui de le faire. Les digestions sont faciles, les selles peu rares; les urines sont rouges ou jaunâtres; la circulation n'offre rien de remarquable, ainsi que la respiration; l'enfant n'a jamais toussé, et la cavité pectorale stéthoscopée et percutée avec soin n'a rien fourni de particulier. Il est une circonstance très-remarquable chez cet enfant, c'est la mémoire des mots portée au plus haut degré; il suffit de lui dire une seule fois la chose la plus compliquée, il s'en souvient, et la répète long-temps après. M. *Winslow*, qui me parlait de sa maladie, dit entre autres choses : cet enfant a pro-

bablement une tumeur *carcinomateuse* implantée sur la base du crâne, etc. Il se servit aussi du mot *opisthotonos*, et je fus surpris le lendemain, en allant visiter le malade, de lui entendre proférer ces mots scientifiques. Je fus curieux de savoir tout ce qu'il pouvait faire à cet égard, et chaque jour je faisais prononcer à notre petit malade des mots qu'il saisissait avec une facilité extrême. Il semblait que cela seul pouvait le distraire, et aussitôt qu'il pouvait prendre ma main, il me priait d'un air fort gai de lui dire encore quelques mots difficiles. Je me souviens bien, disait-il, de tout ce que vous m'avez dit. L'état de cet enfant parut très-grave; M. *Dupuytren* fut consulté, et ordonna un séton à la nuque, mais rien ne semblait le soulager. Les potions calmantes, les sangsues derrière les oreilles, sur la colonne rachidienne, etc., semblaient ne produire aucun résultat avantageux, et ne pouvaient soustraire ce malheureux enfant aux souffrances les plus atroces. Vers la fin de son existence il sentait venir son mal, et priait sa pauvre mère (c'est ainsi qu'il se plaisait à la nommer) de venir lui écraser la tête. La compression qu'on exerçait sur le crâne était en effet le seul moyen de calmer un peu ses souffrances. Aussitôt après ces crises, il reprenait subitement sa gaîté naturelle; et ce n'est qu'à une nouvelle attaque qu'il implorait encore les secours de sa mère. Cet état de choses dura pendant deux mois, après quoi les douleurs devinrent de plus en plus fortes, furent de plus longue durée, et les convulsions si rapprochées, qu'il ne paraissait plus y avoir d'intervalle. C'est dans cet état qu'il cessa de vivre. M. *Winslov* me pria d'en faire l'autopsie. Dix-huit heures après la mort nous ouvrîmes le crâne; les os qui le composent étaient réduits à l'épaisseur d'une pièce de dix sous. La fontanelle antérieure était très-large, les autres n'existaient plus. Les circonvolutions cérébrales étaient entièrement effacées; une grande quantité de sérosité remplissait les ventricules; la moelle n'en contenait pas du tout. Une membrane assez résistante, mais opaque et tachetée, bouchait le canal décrit par M. *Magendie*. Ce fait fut vérifié par M. le docteur *Delmas* et mon ami M. *Lapeyroux*, qui voulut bien m'aider dans cette circonstance.

II^e^ OBSERVATION.

La première des observations que j'ai recueillies dans le service de M. *Serres*, est celle d'un homme âgé d'environ cinquante ans, mort d'une attaque d'apoplexie, à laquelle il n'a survécu que vingt-quatre ou trente-six heures. A l'autopsie, on a trouvé un caillot de sang très-volumineux, remplissant complètement le quatrième ventricule, et soulevant fortement une membrane située au devant du trou décrit par M. *Magendie*. La figure première de la planche deuxième montre ce cas.

III^e^. OBSERVATION.

La deuxième observation recueillie tout récemment dans les salles de M. *Serres*, est la suivante :

La nommée Anne Lewitz, âgée de cinquante-sept ans, entra à la Pitié le 21 juin dernier, pour une hémiplégie survenue depuis quelques jours. Cette femme a perdu lentement et progressivement l'usage de ses deux membres du côté gauche. La sensibilité existait faiblement, un traitement convenable a été opposé à cette maladie ; mais les douleurs de tête sont devenues de plus en plus vives, la paralysie s'est accrue, et la malade a succombé le 7 juillet, après une très-longue agonie.

A l'autopsie, on a trouvé des foyers purulens dans l'hémisphère gauche, et précisément dans ce que l'on nomme le *demi-centre ovale* ou substance blanche. De ces foyers, il y en avait plusieurs qui communiquaient dans le ventricule latéral droit, et c'est de cette manière que du pus en très-grande quantité s'était accumulé dans les quatre ventricules du cerveau ; il n'y avait que de la sérosité très-limpide dans la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle. (*Voyez* la figure 2 de la planche 2.)

Conséquences des faits précédens.

Que faut-il conclure des observations et des faits précédens? faut-il admettre une communication toujours constante chez l'homme entre les ventricules du cerveau et la cavité sous-arachnoïdienne? Je le pense; et en cela je partage l'opinion de M. *Magendie;* mais il faut admettre aussi que, dans certains cas, l'ouverture qui met en communication la cavité des ventricules avec la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle, peut être fermée par la présence d'une membrane qui, dans ce cas, devient de nature différente, et comme de nouvelle formation dans l'état pathologique. Tout ce qu'il y a de certain, c'est que sur vingt sujets on trouve dix-huit fois le canal bien libre, ce qui doit faire présumer que le contraire n'a lieu qu'accidentellement. Cela étant posé, et la communication bien établie, qu'elles peuvent être les fonctions de ce liquide? Il est difficile, je crois, dans l'état actuel de la science de répondre à cette question. On sait tout ce que M. *Magendie* a dit à cet égard, et je n'y reviendrai pas. Je ferai seulement remarquer que les ventricules du cerveau sont destinés à contenir du liquide, et que peut-être sa présence produit le sommeil en comprimant le cerveau. Dans tous les cas, la sérosité ne peut revenir dans la masse encéphalique que par l'ouverture qui fait communiquer le quatrième ventricule avec la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle. Ce liquide, contenu dans le cerveau, peut revenir vers l'axe spinal, mais avec moins de facilité; et c'est ici le lieu de dire quel peut être l'usage de la glande pinéale. On sait ce qu'en a dit M. *Magendie*, et avant lui *Riolan* et autres anatomistes, mais ce n'est pas de cette glande elle-même que je veux parler. On voit sur ce corps mou, et comme formé de substance grise, un petit pédoncule se détacher de sa masse et se terminer par de petites granulations ou extrémités de vaisseaux qui produisent des concrétions comme pierreuses. Ces concrétions, déjà décrites par les frères *Wenzel*, étaient regardées comme contenues dans une membrane propre; cette membrane est précisément ce que je donne pour

être un prolongement de la pie-mère ; prolongement qui forme un pédoncule d'une ligne ou une ligne et demie, quelquefois moins, et devient souvent imperceptible. Je n'ai vu nulle part sa description ; je ne doute point qu'il ne soit formé par un prolongement de la pie-mère qui envoie des petits vaisseaux dans la glande; et dans ce cas, ce serait un petit plexus choroïde susceptible, comme les autres, de produire des concrétions pierreuses. Si l'on met un cerveau sain d'ailleurs dans de l'eau, et après avoir découvert les ventricules latéraux et moyens, on voit que le prolongement de la glande pinéale flotte dans le liquide, et si l'on vient à soustraire celui-ci petit à petit, le prolongement choroïdien se porte exactement sur l'ouverture située au-dessous de la commissure postérieure, et bouche non complètement, il est vrai, l'aqueduc de *Sylvius*. Maintenant la glande pinéale serait-elle par sa structure vasculaire susceptible d'un gonflement quelconque? pourrait-elle ainsi se retirer et s'allonger à volonté ou bien dans certains cas seulement ? C'est-là ce qu'il faudrait savoir ; mais l'analogie qui existe entre cette glande et celle des animaux peut, je crois, jeter une grande lumière sur son usage. Ainsi, chez les reptiles, et entre autres chez les serpens, on voit la glande pinéale boucher complètement et d'une manière toute particulière l'aqueduc de *Sylvius*. Chez eux, comme on le sait, il n'y a point de corps calleux qui serve de parois aux ventricules latéraux : les deux hémisphères sont séparés, et ce qui devrait constituer le troisième ventricule n'est plus qu'un intervalle non limité ; mais tout cela ne détruit point la communication des ventricules latéraux avec le quatrième. Entre ceux-ci on voit un peu en avant du cervelet (*voyez* planche II, fig. 3) un petit tubercule qui n'est autre chose que la glande pinéale ; mais elle n'est pas, comme chez l'homme, attachée et retenue seulement par deux petits prolongemens qui vont sur les côtés de la commissure postérieure. Chez ces animaux, au contraire, la glande tient à cette même commissure, et semble en être la continuation. On peut fort bien la comparer à l'épiglotte qui se continue avec la trachée-artère, ou mieux encore à une fleur de labiée ; ainsi le liquide peut aisément

sortir des ventricules, et ne peut rentrer que par un mouvement d'élévation de la glande pinéale. Nous voyons donc chez ces animaux inférieurs un organe développant ses fonctions plus amplement peut-être que chez l'homme. Ces animaux ont-ils plus que nous le besoin de maintenir renfermée dans les ventricules de la sérosité, qui est peut-être la cause directe de leur torpeur hivernale? Comme je l'ai dit, chez l'homme aussi la présence de ce liquide dans les ventricules du cerveau peut en les distendant produire le sommeil en produisant une compression des vaisseaux.

Il est un autre fait important à considérer, et que M. le professeur *Serres* a bien voulu me faire remarquer; le voici.

Le liquide que l'on exprime des nerfs est-il de même nature que celui contenu dans la cavité encéphalo-rachidienne? La sérosité que l'on exprime des nerfs des enfans nouveau-nés est roussâtre ou jaunâtre, comme celle que l'on trouve souvent dans les ventricules.

Serait-ce donc là ce que les anciens nommaient fluide nerveux? M. *Serres* le pense ainsi; mais pour le constater, il fallait s'assurer d'abord comment ce liquide pouvait parvenir dans les nerfs. Quelle était la communication possible pour qu'il pût s'effectuer? J'ai fait beaucoup de recherches à cet égard, et j'ai constamment vu, soit chez le fœtus, soit chez l'adulte, que des injections au mercure faites dans la cavité de l'arachnoïde pénètrent jusqu'aux ganglions, seulement où elles s'arrêtent, et cela par la disposition anatomique que j'ai indiquée en parlant de l'arachnoïde. Il n'en est pas de même du mercure que l'on fait passer dans la cavité sous-arachnoïdienne; celui-ci, lorsqu'on ne déchire point le feuillet libre de la séreuse, se porte dans le névrilème et paraît injecter les nerfs. C'est sans doute ce que faisait l'habile anatomiste *Bogros*, et ce que M. *Serres* lui disait sans cesse. Cependant, convaincu qu'il était de faire passer le mercure dans chaque centre de filet nerveux, il ne pouvait que s'opposer aux idées de ce professeur. Je ferai remarquer que le mercure traverse facilement la substance molle des nerfs, pour se porter tout autour d'elle, et se continuer sous le névrilème.

Avant de terminer, je dois prévenir quelques objections qui pourraient être faites relativement au passage du liquide de la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle dans le cerveau. *Riolan* avait déjà dit que le quatrième ventricule était la *citerne* des cavités cérébrales, sans doute parce qu'il se trouve dans le lieu le plus déclive. On pourrait objecter que si le liquide passe librement de la cavité du cerveau vers la moelle, il ne fait qu'obéir aux lois de la pesanteur ; mais qu'un mouvement d'ascension est difficile à concevoir sans qu'il y ait préalablement regorgement du liquide. L'on pourrait aussi se demander d'où vient la sérosité que l'on trouve, dans certains cas, en très-grande abondance dans les ventricules latéraux et moyens, tandis qu'il n'y a presque pas de liquide dans le canal sous-arachnoïdien de la moelle ; et dans ce cas, ne devrait-on pas admettre que c'est dans l'intérieur des ventricules que se forme le liquide? Si l'on suppose pour un instant que l'arachnoïde existe dans l'intérieur des ventricules, il y aurait une sécrétion de liquide; mais, dans ce cas, la séreuse ventriculaire s'ouvrirait dans la cavité sous-arachnoïdienne : or, le propre des membranes séreuses est de ne point fournir des ouvertures libres. Et d'ailleurs, si la face interne de l'arachnoïde sécrétait seule, l'on devrait en trouver dans toute sa cavité. Puisque l'on trouve de la sérosité dans la cavité sous-arachnoïdienne, et non entre deux feuillets de l'arachnoïde, il faut nécessairement admettre que la pie-mère sécrète. Il n'est personne qui n'ait fait des injections un peu fines, sans voir le liquide injecté pénétrer dans les vaisseaux des plexus et suinter à travers ceux-ci. Ne serait-ce pas là une nouvelle source de la formation de cette sérosité? Quant à l'ascension du liquide, il est des phénomènes capillaires qui ôtent tout le merveilleux de la chose. Je rappellerai aussi d'autres phénomènes encore peu connus, tels que les mouvemens de la moelle, par exemple, produits par la constriction ou le resserrement de ses membranes, déterminés par l'impulsion des vaisseaux en grand nombre qui l'enveloppent de toute part. Sans doute, ce sont là autant de problèmes à résoudre ; mais il faut s'en tenir aux faits observés.

Il me reste encore un cas important à indiquer, et qui vient à l'appui de ce que j'ai déjà avancé. On trouve, dans l'Annuaire médico-chirurgical, un grand nombre d'observations, recueillies ou citées par M. le professeur *Serres*, et dans lesquelles l'épanchement de sérosité ou de sang fait au-dessous de la cavité sous-arachnoïdienne communiquait dans les ventricules. Voici quelques observations de *Riolan*, rapportées par M. *Serres* :

1°. Un homme grêle, âgé de quarante ans, malade d'une fièvre aiguë, perdit, dans la nuit du neuvième jour, la faculté de parler. Interrogé, il ne donna aucun signe d'intelligence; le sentiment et le mouvement restaient dans les deux membres; la face n'était pas rouge. Enfin, il mourut vers le troisième jour. Le cerveau fut trouvé sain, si ce n'est qu'entre lui et les membranes il y avait de la sérosité; les ventricules en étaient remplis. (Morgagni, *de Sed. et causis morborum*, epist. 4, n°. 6.)

2°. Un autre homme, âgé de soixante ans, d'une couleur jaune, avait porté long-temps des ulcères aux jambes. Ceux-ci, entièrement desséchés, il est pris d'aphonie, avec hébétude et engourdissement des membres. Le jour suivant, il meurt : on trouve de la sérosité entre les méninges, dans le canal vertébral et dans les ventricules. (Morgagni, *de Sed. et causis morborum*, epist. 4, n°. 7.)

3°. Une sexagénaire atteinte d'apoplexie sans hémiplégie, mourut le quatorzième jour de sa maladie. La substance du cerveau fut trouvée un peu plus molle; une grande quantité de sérosité était extravasée entre la pie-mère, les circonvolutions du cerveau, dans tous les ventricules et à la base du crâne. (Bang, *Pratique médicale*, tome 1^er^., page 13.)

4°. Une femme de trente-huit ans, morte dans un paroxysme apoplectique sans hémiplégie, offrit à l'ouverture du cadavre une grande quantité de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne. (Bang, *Pratique médicale*, tome 2^e^., page 35.)

Enfin, M. *Serres* dit positivement que dans les épanchemens sanguins survenus à la suite de l'apoplexie méningée, l'hémorrhagie

qui survient dans ce cas est souvent mortelle ; le sang est en caillots, étendu sur tout l'encéphale, suivant toujours la direction des méninges, et pénétrant avec elles dans l'intérieur des ventricules. Or, je le demande, par où peut passer le liquide ou le sang épanché sur le feuillet libre de l'arachnoïde, et entre celui-ci et la pie-mère ? S'il est vrai que la sérosité pénètre dans les ventricules, on ne saurait nullement concevoir le passage de ce liquide ou du sang dans les ventricules sans admettre une perforation accidentelle de la membrane ventriculaire ; tandis qu'au contraire rien n'est plus facile à expliquer, en se rappelant que la pie-mère pénètre seule dans les ventricules par la scissure de *Sylvius*, par la grande fente cérébrale, par la partie postérieure du corps calleux, etc.

Ces faits d'anatomie pathologique prouvent, ce me semble, d'une manière évidente, que l'arachnoïde ne pénètre point dans les ventricules du cerveau : et d'ailleurs, comme je l'ai déjà dit, une séreuse peut se continuer avec une membrane d'une autre nature, mais ne peut se confondre avec une autre membrane qui l'enveloppe de toute part : or, il est bien démontré que la pie-mère pénètre dans les ventricules, puisque c'est elle seule que l'on peut suivre partout.

CONCLUSIONS.

1°. L'arachnoïde forme un sac sans ouverture, et ne pénètre point dans les ventricules.

2°. Le canal décrit par *Bichat*, et auquel on a donné le nom de ce grand anatomiste, n'existe pas réellement; il n'est que le résultat d'une déchirure que l'on fait inévitablement en enlevant le cerveau.

3°. Cette séreuse offre des prolongemens pour les vaisseaux et les nerfs qu'elle accompagne. Ces prolongemens sont de véritables cul-de-sac, et s'arrêtent, pour les nerfs rachidiens, sur les ganglions intervertébraux.

4°. Des injections faites dans la cavité arachnoïdienne et de la moelle vers le cerveau n'ont point pénétré dans les ventricules;

5°. La pie-mère pénètre seule dans les ventricules, qu'elle tapisse après avoir formé la toile choroïdienne, et enveloppe les vaisseaux qui constituent les plexus choroïdes.

6°. Elle fournit à la glande pinéale une enveloppe telle que celle-ci peut sortir comme d'un sac, et seulement par devant dans le troisième ventricule.

7°. Il existe sur cette glande un prolongement qui paraît être formé de quelques vaisseaux enveloppés de la pie-mère. Ce prolongement, qui se termine en une espèce de plexus, peut servir à boucher incomplètement l'aqueduc de *Sylvius*.

8°. La pie-mère offre, près du *calamus-scriptorius*, une ouverture oblongue et irrégulière, présentant le plus souvent un réseau vasculaire au devant d'elle. C'est par cette ouverture qu'elle se réfléchit et pénètre dans le ventricule; et c'est à travers cette espèce de tamis que le liquide filtre, pour ainsi dire, des ventricules dans la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle.

9°. Des observations exactes prouvent qu'un état pathologique peut être la cause de l'oblitération de ce canal.

10°. Que le sang et le pus ne le traversent pas toujours, si toutefois il est bien prouvé que ces liquides puissent le traverser.

11°. Chez les reptiles, la glande pinéale peut servir de régulateur, pour ainsi dire, et déterminer la sortie du liquide des ventricules.

12°. Les épanchemens de sang et de sérosité qui ont lieu dans la cavité sous-arachnoïdienne du cerveau, ont pu pénétrer facilement dans les ventricules. Or, cela deviendrait impossible à admettre, si l'on regardait la cavité des ventricules comme tapissée par une séreuse.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Senibus autem, spirandi difficultates, catarrhi tussiculosi, stranguriæ, dysuriæ, articulorum dolores, nephritides, vertigines, apoplexiæ, mali corporis habitus, pruritustotius corporis, vigiliæ, alvi, et oculorum, et narium humiditates, visûs hebetudines, glaucedines, auditûs gravitates. *Sect.* 3, *aph.* 31.

II.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

III.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Ibid.*, *aph.* 33.

IV.

Si mulieri in utero gerenti purgationes prodeant, fœtum sanum esse impossibile. *Ibid.*, *aph.* 60.

V.

Mulieri in utero gerenti, tenesmus superveniens abortire facit. *Sect.* 7, *aph.* 27.

VI.

Tabes maximè fiunt ab anno octavo decimo, usque ad quintum et tricesimum. *Sect.* 8, *aph.* 7.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Cette figure sert à montrer le trajet de la pie-mère. Deux seules coupes ont suffi pour bien montrer tous les points par où elle communique. J'ai enlevé à droite une portion de l'hémisphère jusqu'au niveau du corps calleux, après quoi j'ai incisé celui-ci sur la ligne médiane, et renversé ses bords, comme on le voit, en *M C*. Cette première coupe laisse apercevoir le corps strié, *C S*, la couche optique, *C O*, recouverts par la toile choroïdienne, *T C* et les veines de *Galien*, *V G*.

Du côté gauche, une plus grande quantité de la substance des hémisphères a été enlevée pour pouvoir pénétrer dans le ventricule inférieur ou cavité réfléchie du ventricule latéral. De plus, toute la couche optique a été enlevée, ainsi que le corps strié, et de cette manière on voit le pédoncule du cerveau, *P C*, la corne d'Ammon, *C D*, et tous les prolongemens de la pie-mère

Or, voici son trajet. Si nous la supposons partir du bord postérieur du corps calleux, qui a été enlevé après avoir détaché une portion de pie-mère qui le recouvrait (voyez *P R*), elle est, comme on le voit, abaissée sur le cervelet. Ainsi, si nous considérons la pie-mère comme partant du point indiqué *P R*, nous la voyons pénétrer dans les ventricules moyens et latéraux; elle se porte en *T C* et *P C*, et forme là le plexus choroïde, se porte ensuite sur la couche optique *C O*, qu'elle recouvre; ensuite se prolonge vers *C R*, qui sont les points par où les circonvolutions rentrées pénètrent dans les ventricules postérieurs. On la suit par conséquent jusqu'à *T A*, située à la partie interne de la corne d'Ammon, *C D;* elle pénètre en arrière, et par l'enfoncement que l'on remarque en *A*, jusque sur l'origine de la moelle, qu'elle enveloppe; se continue en avant, et entoure le pédoncule cérébral, *P C;* se continue en *C* avec la portion de pie-mère du côté opposé de l'hémisphère; se porte ensuite vers la scissure de *Sylvius*, *S S*, et vers la grande fente interlobulaire, *F I*.

L'arachnoïde, que l'on voit recouvrir le cervelet, passe de celui-ci sur les tubercules quadrijumeaux, va former l'enveloppe de la glande pinéale pour se porter ensuite sur les côtés, et se continuer dans les circonvolutions cérébrales.

PLANCHE II.

La figure 1re. représente un cervelet vu par sa face inférieure, *C C*, et montrant un caillot de sang arrêté devant l'ouverture qui met en communication les cavités ventriculaires du cerveau avec la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle. Ce caillot est retenu par la membrane accidentelle, *R R*, offrant de petites ouvertures, comme on le voit en *C S*. *P M* est le commencement de la moelle épinière, soulevée et portée sur un des côtés pour mieux observer le caillot. Ce cas remarquable a été présenté à la Société anatomique par M. le docteur *Manec*.

La figure 2e. représente, comme la précédente, une membrane, *R R*, située au-devant de l'ouverture inférieure du quatrième ventricule. Ici la membrane paraît comme épaissie, et a empêché le pus de passer de la cavité des ventricules dans la cavité sous-arachnoïdienne de la moelle. On voit, comme dans la figure précédente, une poche, *P*, contenant du pus.

La figure 3e. montre le cerveau d'une couleuvre, et sert à faire voir la position de la glande pinéale, *G P*.

La figure 4e. montre la glande pinéale chez l'homme, offrant un petit plexus que j'ai décrit et figuré en *P C*.

DISSERTATION

N° 169.

SUR LES AVANTAGES

DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 *août* 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine,*

PAR ÉTIENNE-GUILLAUME NEXON, du Châtelard,
Département de la Charente;

Bachelier ès-lettres; Bachelier ès-sciences; ex-Élève de l'École pratique et des hospices et hôpitaux civils de Paris.

On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou par un motif d'intérêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. LA BRUYÈRE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Président.*
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Suppléant.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Examinateur.*
Baudelocque.	Kergaradec, *Examinateur.*
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Danck.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Suppléant.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

É.-G. NEXON.

DISSERTATION

SUR LES AVANTAGES

DE L'ALLAITEMENT MATERNEL,

POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT.

La femme est née pour être mère ; mais, après l'accouchement, elle est loin d'avoir rempli tous les devoirs sacrés de la maternité, et les liens qui l'unissent à son enfant ne sont pas encore rompus. Leurs rapports pour être moins intimes n'en sont pas moins indispensables ; et les séparer, ce serait les compromettre. Car si cet être intéressant doit trouver dans sa mère le soutien de sa frêle existence, elle trouve aussi dans la nourriture qu'elle lui donne le préservatif de plusieurs maladies.

Un intérêt commun devrait donc engager la femme à mettre ce complément à sa maternité, quand même sa tendresse ne lui en eût pas prescrit la loi. L'enfant surtout en retirera de grands avantages : chez lui, le flambeau de la vie ne brille pas encore ; c'est une faible étincelle que le moindre souffle peut éteindre. De quelle attention ne doit-il donc pas être l'objet? Oui, une mère seule peut sentir pour son enfant, le garantir des dangers qui le menacent de toutes parts, deviner

ses besoins, lui prodiguer avec une constance infatigable les soins minutieux et infinis que sa faiblesse exige. C'est dans le cœur seul d'une mère que se trouve ce tendre empressement qui fait voler une femme aux cris de son enfant, cette adresse pour terminer ses alarmes, cette sagacité pour interpréter son langage et ses gestes, cette vigilance de tous les momens pour subvenir à ses besoins sans cesse renaissans. La nature ne parle point au cœur d'une nourrice à gages...

Les avantages de l'allaitement maternel ont été reconnus par les peuples les plus anciens, par les habitans de toutes les contrées. Si nous consultions l'histoire, nous verrions les poètes en chanter les douceurs, les naturalistes et les philosophes en démontrer l'importance et l'utilité, les médecins en conseiller l'usage, les législateurs en faire une loi; mais cette loi existe dans la nature, et jamais les animaux ne s'en écartent.

Ipsæ etiam alpinis villosæ in cautibus ursæ,
Ipsæ etiam tigres et quidquid ubique ferarum est,
Debita servandis concedunt ubera natis.

(Scévole de Sainte-Marthe, liv. 1.)

Les lois de Lycurgue défendaient aux Lacédémoniennes de livrer leurs enfans à des mains étrangères. A Athènes, plusieurs femmes furent blâmées publiquement pour n'avoir pas elles-mêmes nourri leurs enfans; et Démosthène rapporte que de son temps une femme, ayant été accusée d'avoir allaité un enfant qui n'était pas le sien, ne put se soustraire à la rigueur des lois qu'en alléguant sa pauvreté pour excuse.

Quelle est la femme qui ne serait jalouse de marcher sur les traces de cette illustre Romaine (Cornélie, mère des Gracques), qui consacrait tout son temps et mettait toute sa gloire à élever des fils dignes de pouvoir un jour défendre sa patrie?

La véritable mère est celle qui nourrit : *Quæ lactat mater magis quàm quæ genuit* (Phèdre). Tite-Live rapporte à ce sujet qu'un

jeune romain, frère naturel des Gracques, donna une bague d'argent à sa mère, et un collier à sa nourrice; montrant par là qu'il croyait devoir plus à celle qui l'avait nourri de son lait qu'à celle qui l'avait engendré. La reine Blanche, mère de saint Louis, autant illustre par ses vertus que respectable par ses qualités de mère, était tellement pénétrée de ce principe, qu'elle fit vomir à son fils, qu'elle nourrissait, le lait qu'il avait sucé d'une dame de la cour, pour qu'on ne portât pas la moindre atteinte à sa qualité de mère.

Voici un autre exemple qui prouve combien les anciens attachaient d'importance à l'allaitement maternel, et qui prouve en même temps qu'ils n'ignoraient pas tous les inconvéniens qui peuvent résulter de l'allaitement étranger; c'est le philosophe Phavorin, qui s'adresse à Manlia, mère de la nouvelle accouchée, et qui s'opposait à ce que cette dernière nourrît son enfant :

« De grâce, Manlia, permettez que votre fille soit entièrement la mère de son enfant. C'est un partage odieux et maudit par la nature; ce n'est qu'une demi-maternité que de donner le jour à un être innocent, et de le rejeter ensuite loin de soi. Cet être, encore informe, que vous avez nourri du plus pur de votre sang lorsqu'il était encore renfermé dans vos flancs, quelle inconséquence funeste de lui refuser votre sein maintenant qu'il est sous vos yeux, maintenant que ses caresses et ses cris réclament le droit inviolable de la maternité.

« Croyez-vous, Manlia, que ces globes séduisans qui parent votre sein aient été arrondis par la main des Grâces pour servir d'ornemens seulement? Ne savez-vous pas que la nature les y a placés pour nourrir les nouveau-nés?... Mais si c'est un attentat odieux et digne de l'exécration de toute la nature de faire périr un innocent dans les premiers instans de sa vie, de l'étouffer, pour ainsi dire, entre les bras de la nature qui l'ébauche et qui commence à le former, croyez-vous qu'il en soit un bien moindre lorsqu'il a acquis sa perfection, lorsque vous l'avez mis au monde, lorsqu'il est votre enfant, de lui refuser avec dureté cette nourriture qui lui est destinée et à laquelle il est accoutumé depuis si long-temps?

« Eh ! qu'importe, répondra-t-on, quelle espèce de lait il suce? Que n'ajoutes-tu donc aussi, père dénaturé, que m'importe de quel sang mon fils soit issu et dans quel sein il prenne la vie?

« Quelle manie donc, et quel abus de livrer, pour ainsi dire, aux soins d'une vile mercenaire, et la noblesse d'âme de l'enfant qui vient de naître, et la vigueur de son tempérament, au risque de voir l'une se corrompre et l'autre s'énerver dans un lait ignoble et étranger, surtout si la nourrice est méchante, contrefaite, libertine, abandonnée au vin? car, en pareille occasion, on prend indistinctement la première femme qui se présente.

« Souffrirons-nous, Manlia, que ce cher fils qui vous appartient, et que j'ose appeler le mien, par la vive tendresse que j'ai conservée pour son père, mon illustre disciple, souffrirons-nous que ce cher enfant soit la victime d'un usage aussi pernicieux? Vous verrai-je le présenter à la mamelle d'une étrangère malsaine et corrompue, pour puiser dans son sang les vices du caractère et le germe des maladies? Chastes matrones, vous êtes désolées de voir des enfans qui dégénèrent, souffrez qu'on vous le dise, c'est votre faute; il fallait leur transmettre avec votre lait la pureté de vos mœurs et la force de votre constitution.

« Jeunes épouses, si tous ces dangers ne font sur vous qu'une légère impression, qu'au moins l'intérêt le plus cher à votre cœur vous réveille et vous touche. Faites bien attention qu'une mère qui abandonne son fruit et le livre à une étrangère, rompt ce lien si doux d'affection et d'amour avec lequel la nature attache l'âme des enfans avec celle des parens, ou du moins qu'elle l'affaiblit et le relâche extrêmement; car, dès que vos yeux ne rencontreront plus ce fils que vous avez exilé, vous sentirez s'amortir peu à peu et enfin s'éteindre cette flamme sacrée de l'amour maternel, dont rien ne peut ôter dans le cœur des véritables mères l'impétuosité et l'énergie; vous n'entendrez plus ces murmures toujours renaissans d'inquiétude et de tendresse, et le souvenir d'un enfant donné en nourrice s'effacera presque aussi vite que si la mort l'avait arraché de vos bras.

« Mais la nature ne tardera pas à venger cet outrage ; l'enfant, de son côté, ne connaît que le sein qui l'allaite, sentimens, affections, caresses, tout est pour sa nourrice ; la véritable mère ne recueille que l'indifférence et l'oubli ; en sorte que toutes les impressions du sang, tous les germes de l'amour filial ayant été étouffés dans son sein dès l'aurore de la vie, si par suite on lui voit témoigner quelque attachement aux auteurs de ses jours, il n'est point guidé par le cri de la nature ; c'est une démonstration de pure civilité ; elle dépend presque totalement de l'opinion qui lui assigne telles personnes pour ses parens. »

« Il est un inconvénient, dit *J.-J. Rousseau*, qui devrait ôter à toute femme sensible le désir de faire nourrir son enfant par une autre, ou plutôt de l'aliéner, c'est de voir son enfant aimer une autre femme autant et plus qu'elle ; de sentir que la tenderesse qu'il conserve pour sa propre mère est une grâce, et que celle qu'il a pour sa mère adoptive est un devoir : car, où j'ai trouvé les soins d'une mère, ne dois-je pas aussi l'attachement d'un fils ? »

Comment la femme, naturellement si sensible et si tendre, si bien faite pour adoucir et partager les maux de l'infortuné, pour être, en un mot, l'exemple des plus douces vertus, peut-elle abandonner l'enfant qu'elle vient de mettre au jour? N'accusons point, cependant, la nature d'être devenue muette : elle parle au cœur de toutes les femmes ; mais sa voix, étouffée par d'autres voix plus fortes, ne peut plus se faire entendre à toutes. Celle-ci, aveuglée par un faut préjugé, craint de voir, en allaitant, sa santé dépérir ; celle-là, non moins instruite, croit déjà aperçevoir ses seins se flétrir, sa fraîcheur s'altérer et sa beauté disparaître ; une autre, adonnée aux plaisirs et aux dissipations du monde, s'en est fait, par l'habitude, un besoin de plus en plus impérieux : y renoncer maintenant, c'est un sacrifice dont elle n'est plus capable ; une autre enfin, trop faible pour résister aux conseils et à l'exemple, consent aussi, sans motifs valables, à ce qu'on porte son enfant en nourrice.

« Ces douces mères qui, débarrassées de leurs enfans, se livrent

gaîment aux amusemens de la ville, savent-elles cependant quel traitement l'enfant dans son maillot reçoit au village? Au moindre tracas qui survient, on le suspend à un clou comme un paquet de hardes; et, tandis que sans se presser la nourrice vaque à ses affaires, le malheureux enfant reste ainsi crucifié. » (*J.-J. Rousseau.*) Ou bien, la nourrice, forcée de s'absenter de chez elle pendant plusieurs heures pour se livrer à quelques travaux pénibles, abandonne son nourrisson à lui-même, le laisse sans secours, et ne prend d'autres précautions pour sa sûreté que celle de bien le garroter et de le placer dans le lieu le plus obscur de sa maison. S'il est sali, sa peau fine et délicate s'enflammera et ne tardera pas à être excoriée; les douleurs qu'il en ressentira lui feront pousser des cris violens; de là des hernies, le goître, etc. Enfin, lorsque la nourrice arrive chargée d'un fardeau pesant, dont elle se débarrasse promptement, elle viendra, tout en sueur, présenter son sein à son nourrisson, afin de l'apaiser. Mais ne sait-on pas qu'une semblable nourriture peut donner des convulsions aux enfans?

Si le lait de la nourrice vient à changer, qu'il prenne des qualités qui soient nuisibles à l'enfant, si elle devient enceinte, croyez-vous qu'elle vous en avertira? Vous êtes dans l'erreur; elle s'en gardera bien, de crainte que vous ne lui enleviez son nourrisson, objet de sa spéculation mercenaire. Que seulement son lait diminue de quantité et devienne insuffisant pour alimenter son nourrisson, que va-t-elle faire? Aussitôt elle vous le gorgera, en cachette, d'une bouillie souvent mal préparée et difficile à digérer. Il n'est pas besoin de faire ressortir tous les inconvéniens que peut avoir un allaitement de ce genre. Enfin, je suppose que votre enfant soit malade, qu'il ait besoin, pour se rétablir, de prendre quelques médicamens, mais qui ne peuvent, dans ce cas, être administrés que par l'intermède de la nourrice, consentira-t-elle, cette femme, à faire le sacrifice de ses goûts pour donner à son lait des propriétés médicamenteuses qu'exige l'état de l'enfant? On ne peut le penser, parce qu'il n'appartient qu'à l'amour maternel de faire de pareils sacrifices. On a vu des nourrices, guidées par un

vil intérêt, partager entre leur enfant et leur nourrisson le lait qu'elles devaient au premier et qu'elles avaient entièrement promis au second ; peut-on alors espérer de trouver une bonne nourrice dans celle qui n'est qu'une mauvaise mère?...

Jeunes femmes, vous que la crainte de voir ternir l'éclat dont la nature a revêtu vos charmes tourmente sans cesse, et pourrait faire balancer entre votre devoir et le désir de plaire, écoutez la voix de la sage nature, soyez-y dociles, et vos vœux seront remplis.

Nunquàm aliud natura, aliud sapientia dicit.
Juv., sat. 14.

La Georgienne, dont la beauté fait bruit chez toutes les nations, allaite ses enfans, et elle est encore belle au couchant de ses jours. Que son exemple vous rassure et vous donne courage. L'allaitement, d'ailleurs, loin d'être préjudiciable à la santé des mères, lui est, au contraire, souvent utile. On voit des femmes d'une constitution délicate se fortifier et prendre de l'embonpoint en nourrissant; d'autres, tourmentées depuis long-temps par des incommodités passagères et souvent renouvelées, en ont été débarrassées par le même moyen. Les nourrices jouissent d'un meilleur appétit; leurs digestions se font mieux ; leur sommeil est tranquille; toutes leurs fonctions s'opèrent avec aisance et harmonie ; chez elles les suites de couches sont moins fâcheuses, la fièvre de lait est plus modérée ; les tranchées ne se font pas ordinairement sentir, ou ne sont pas aussi fortes ; les lochies sont moins abondantes. L'allaitement a encore, d'après l'observation, l'avantage de préserver des épidémies.

Ce n'est pas tout : la nature outragée venge bientôt ses droits méprisés, et souvent la mère insouciante qui a refusé son lait à son enfant est justement punie de son indifférence. Après l'accouchement, les mamelles deviennent le point vers lequel se dirigent toutes les forces vitales, le sang y afflue en grande quantité pour leur fournir les matériaux du lait; bientôt ce liquide y est abondamment sécrété : on conçoit que, si la succion ne vient point les en débarrasser, et que le

sang continue à s'y porter et le lait à y être sécrété en abondance, l'accumulation de ces fluides les gonfle, les distende outre mesure, les irrite; de là des gerçures et des crevasses douloureuses; de là les inflammations énormes des mamelles et les abcès profonds qui en sont la suite presque inévitable. Quelquefois les engorgemens qui étaient survenus ont paru se terminer par résolution; cependant il reste un point dur, indolent, auquel on ne fait point attention; mais qui, un peu plus tard, peut augmenter de volume, devenir douloureux, et se tranformer bientôt en cancer.

Outre les maladies des seins, résultat de l'accouchement et de la rétention du lait, les femmes qui ne nourrissent pas ont à craindre un grand nombre d'accidens. Quand la bouche de l'enfant n'entretient pas aux mamelles le stimulus favorable à l'exercice de leurs fonctions, et qu'elles cessent de sécréter le lait, les fluides qui y abordaient ne trouvant plus à y être dépensés, sont obligés de refluer dans tout le système de l'économie. Repris par les vaisseaux absorbans, et reportés dans le torrent de la circulation, ils produisent une pléthore générale : cette pléthore peut favoriser le développement d'une irritation vers un organe quelconque, et produire, par la cause la plus légère, des maladies très-graves. Ces effets sont d'autant plus à craindre, dans le cas dont nous parlons, que les efforts et les fatigues de l'accouchement ont laissé la femme dans un état de trouble et de faiblesse très-favorable à leur développement. Ces affections, connues sous le nom de *laiteuses*, ne sont donc point produites par la métastase du lait, mais seulement favorisées par la pléthore qui résulte du refoulement des humeurs. Divers organes alors, d'après leur faiblesse relative et leur prédisposition aux maladies, peuvent devenir le siége d'une congestion funeste : a t-elle lieu sur le cerveau, elle produira, selon la disposition du sujet, une apoplexie, la manie, des céphalalgies, des affections dans la vue ou l'ouïe : est-ce sur les organes renfermés dans la poitrine, il pourra en résulter un catarrhe pulmonaire, une pneumonie, une phthisie, un hydrothorax, etc.; dans la ventre, elle pourra occasionner des engorgemens des viscères et du tissu cellulaire qui les

environne ; le péritoine surtout pourra être affecté, la peau devenir le siége d'érysipèles, de dartres, de pustules, de furoncles ; enfin il n'est point de maladies qui ne puissent survenir dans cette circonstances ; mais le plus souvent c'est par l'utérus et par la peau que s'échappe la surabondance des fluides qui embarrasse l'économie.

Les vaisseaux de l'utérus, qui s'étaient énormément développées pendant la grossesse, n'ont point encore repris leur calibre et leur force ordinaires ; ils sont encore disposés à admettre une grande quantité de liquides : de là les lochies abondantes et de longue durée, qui quelquefois se continuent en flueurs blanches interminables; de là souvent, au retour de l'âge, des engorgemens, des squirrhes, des ulcères utérins.

Lorsque l'espèce de crise qui doit dissiper la pléthore se fait par la peau, les femmes sont tourmentées par des sueurs abondantes et quelquefois même fétides. Les suppressions de transpiration qui surviennent si souvent alors, pour peu que la femme s'expose à un air frais, mettent sa santé dans un grand danger. Ces suppressions peuvent amener des phlegmons, des abcès énormes aux membres, des rhumatismes, toutes les affections connues vulgairement sous le nom de *lait répandu*, des ophthalmies séreuses, des odontalgies, etc.

On nous accusera peut-être d'avoir exagéré les maux qui peuvent sévir contre les femmes qui ne nourrissent pas; s'il est vrai que beaucoup peuvent être mères un grand nombre de fois et négliger d'allaiter sans que leur santé en souffre, les dangers qu'elles courent n'en sont pas moins réels, et il serait prudent pour elles de ne pas s'y exposer.

Les femmes qui échappent à tous ces maux ne jouissent pas, malgré cela, d'un sort beaucoup plus heureux; leurs grossesses se multiplient, et amènent bientôt à leur suite une foule d'affections nerveuses, effets nécessaires de l'irritabilité. Il n'est pas rare de voir de jeunes femmes fraîches, pleines d'embonpoint, perdre tous ces avantages après quatre ou cinq ans de mariage.

S'il est de la prudence d'une mère de nourrir pour se préserver

d'une foule d'accidens, l'amour maternel lui en fait un devoir : si elle s'intéresse à son enfant, le désir de le voir sain et vigoureux l'oblige de lui épargner les inconvéniens de l'allaitement étranger. Si les femmes connaissaient toute l'étendue du mal qui peut en résulter, il est douteux qu'une seule d'entre elles pût jamais se résoudre à refuser son sein à son enfant sans y être forcée par la plus impérieuse nécessité. Sous le rapport de la nourriture comme sous celui des soins, la mère est extrêmement nécessaire à son enfant.

A l'amour maternel la nature confie
Ces êtres imparfaits qui commencent la vie.
SAINT-LAMBERT.

A l'époque de la naissance, les intestins de l'enfant contiennent une grande quantité de méconium ; il importe beaucoup pour sa santé que cette matière soit promptement évacuée. Le lait que sécrètent les mamelles peu de temps après l'accouchement est très-convenable pour provoquer cette évacuation ; doué d'une vertu légèrement purgative, il sollicite le tube digestif à s'en débarrasser ; très-adoucissant d'ailleurs par la grande quantité de sérum qu'il contient, il calme l'éréthisme qu'apportent dans l'économie de l'enfant les nouvelles impressions auxquelles il est soumis après sa naissance. Le lait de la mère, en outre, à quelque époque de l'accouchement qu'on le considère, est toujours proportionné aux besoins et aux forces de l'enfant. Il est rare qu'on rencontre le colostrum chez une nourrice, et les moyens pharmaceutiques qu'on emploie pour le remplacer ne sont jamais aussi avantageux. Son lait, plus ou moins vieux, est trop abondant en caséum ; il ne se trouve plus en rapport avec la faculté digestive de l'estomac de l'enfant ; il cède difficilement à son action, séjourne long-temps dans cet organe ; « il occasionne alors des vomissemens, des diarrhées, l'obstruction des glandes du mésentère, l'atrophie et la mort. » (*Baudelocque.*)

Si nous l'examinons du côté moral, nous allons voir, par l'influence qu'ont sur le caractère de l'enfant les premières impressions qu'il

reçoit, que l'allaitement maternel devient un devoir bien plus important encore et plus sacré, qu'une femme ne peut pas le négliger sans faire tort à son bonheur futur, au bonheur de toute une famille, au bien de la société entière; car c'est dans les bras d'une mère surtout que l'enfant prendra les vertus de l'homme équitable, les tendres affections d'un fils, l'inaltérable amitié d'un frère.

Notre éducation commence avec la vie : notre caractère se forme à la mamelle de celle qui nous nourrit. L'enfant éprouve-t-il des contrariétés, de mauvais traitemens, il devient capricieux et chagrin. C'est ainsi que chez une nourrice l'enfant peut se faire un mauvais caractère, prendre des vices qu'il gardera peut-être toute sa vie; car le premier âge, dit Fénélon, est celui où se font les impressions les plus profondes, les plus durables. L'enfant, en outre, est naturellement imitateur; il prend le langage, contracte les goûts et les habitudes des personnes avec lesquelles il se trouve. Les anciens croyaient que l'enfant, en suçant le lait de sa nourrice, suçait en même temps ses passions et ses vices. C'est pourquoi les héros de l'antiquité nourrissaient, dit-on, leurs enfans avec du lait de lionne, afin de les rendre plus courageux. Telle était l'opinion de *Sennert* :

Sugimus ingenium matris cum lacte, cuique
Morum temperiem dant alimenta suam.

Telle était aussi celle de Virgile, quand il fait dire à Didon, outrée de l'insensibilité d'Énée :

Nec tibi diva parens, generis nec Dardanus auctor,
Perfide, sed duris genuit te cautibus horrens
Caucasus, hyrcanæque admorunt ubera tigres.

Déodat rapporte qu'une fille de sept ans était passionnée pour les liqueurs spiritueuses, parce qu'elle avait eu une nourrice sujette à s'enivrer. *Ambroise Paré* et *Rosen* font mention de lionceaux allaités par

des vaches, qui sont devenus doux et privés comme leur nourrice; tandis que des chiens ayant tété des louves, sont devenus féroces. Enfin, si nous remontons aux temps les plus reculés, nous voyons les auteurs attribuer la cruauté de Caligula à la férocité de sa nourrice, qui pour l'engager à prendre son mamelon l'humectait avec du sang.

Tremblez donc, jeunes épouses, en voyant présenter à une mamelle étrangère l'enfant que vos flancs portaient la veille! et soyez persuadées que les femmes, en nourrissant, retirent des avantages présens et futurs, tant au physique qu'au moral, pour elles et pour leurs enfans.

Si l'allaitement leur donne des peines, elles en sont dédommagées au centuple par le plaisir que leur fait ce sentiment exquis dont la nature les a douées pour le fruit de leurs entrailles; par un attachement et des complaisances de la part de leurs époux, qui augmentent sans cesse par la vue habituelle du vrai lien conjugal.

D'un autre côté, la femme qui ne voit pas son enfant, qui n'entend plus ses pleurs, qui n'aperçoit point chez elle son berceau, perd peu à peu du sentiment qui l'attachait à lui; elle sait encore qu'elle est mère, mais elle le sent moins. Les pères aussi ont moins d'amitié pour des enfans qu'ils ont perdus de vue. Les enfans, à leur tour, méconnaissent leurs parens quand ils rentrent à la maison paternelle, ou du moins ils ne les voient qu'avec indifférence. Ces enfans, élevés séparément, n'ont point partagé les premiers jeux de leur enfance; les soins différens qu'ils ont reçus leur ont donné des goûts, des habitudes, un caractère même qui ne s'accordent pas : ils ont grandi sans se connaître; peuvent-ils s'aimer entr'eux autant que s'ils s'étaient toujours vus? Ainsi les sentimens affectueux ne remplissent plus leurs cœurs; l'harmonie des familles est moins parfaite, leur union moins intime; les divers membres qui les composent sont presque étrangers les uns aux autres; ils ignorent ce tendre intérêt, cette douce sympathie qui double les plaisirs et allège les peines; ce bonheur inap-

préciable de se sentir vivre dans un autre. Les enfans qui ont sucé le sein maternel, nourris tous du même lait, élevés avec les mêmes soins, s'aiment tous également; ils sont tous également chéris de leurs parens, ils les chérissent de même. Bientôt la véritable mère, qui en a rempli tous les devoirs, va recevoir la récompense de ses peines; elle va goûter le fruit des douces vertus que ses soins ont fait naître dans son enfant. Il voit encore en elle le soutien de ses premiers pas, la compagne de ses premiers plaisirs; combien cette idée ne doit-elle pas la lui rendre chère et lui inspirer d'égards pour elle! Elle a été bonne mère, ah! sans doute, il sera bon fils; tendre et reconnaissant, il fera sa continuelle satisfaction. La femme, en nourrissant son enfant, est bien plus sûre de l'attachement de son mari; témoin des soins qu'elle prodigue à son fils, il sent se renouveler et s'accroître son amour pour elle: peut-il oublier le lien qui les unit, alors qu'il voit dans ses bras le fruit qui en est sorti? Si, par hasard, quelques troubles s'élèvent dans le ménage, quoi de plus propre à y ramener le calme que la présence de cet enfant? De quelle arme plus puissante peuvent s'armer les bras d'une mère pour triompher des emportemens d'un mari? Mais que de droits en même temps n'acquiert-elle pas à l'estime, au respect et à l'admiration de tout le monde! N'éprouvons-nous pas tous ces sentimens à la fois à la vue de cette digne mère et du tableau touchant de son fils suspendu à sa mamelle? L'allaitement d'ailleurs n'offre-t-il que des peines et de l'embarras? Que la jeune mère qui s'est privée des plaisirs bruyans de la société ne gémisse point de ce sacrifice, elle en sera bientôt dédommagée; outre le calme délicieux qu'elle éprouvera en cédant au penchant de la nature et en remplissant un devoir sacré, elle trouvera une foule de jouissances qui ne tarderont pas à avoir pour elle plus d'attraits que celles qu'elle aura quittées. En contemplant son enfant qui suce sa mamelle, elle voit sur sa figure et dans ses mouvemens le bien-être qu'elle lui procure. L'enfant dirige vers elle tous ses sens et toutes ses actions; ses yeux se fixent sur ceux de sa mère; déjà il aperçoit sur sa

figure les divers sentimens qu'elle éprouve ; il les partage et en reproduit l'expression sur la sienne. Que les progrès sont rapides à cette école du sourire !.... La femme qui nourrit son enfant est témoin de son accroiseement ; elle voit se développer successivement toutes ses facultés. Quel plaisir n'éprouve point une mère en entendant son fils balbutier les mots qu'elle lui répétait sans cesse ! Quel est son bonheur quand elle le voit, pour la première fois, s'abandonner à ses propres forces et se porter avec de grands éclats de joie dans les bras de son père !

« Le tracas des enfans, qu'on croit importun, devient agréable ; et quand la famille est vivante et animée, les soins domestiques sont la plus chère occupation de la femme et le plus doux amusement du mari. » (*J.-J. Rousseau.*)

Gardons-nous cependant de conclure, avec l'auteur que nous venons de citer, que l'enfant n'a rien à craindre du sang dont il a été formé. Beaucoup de causes, au contraire, peuvent rendre l'allaitement dangereux pour l'enfant et faire courir des risques à sa mère, faire qu'il soit difficile, et même impossible.

Toutes les maladies graves, aiguës ou chroniques, devront être regardées, chez la nouvelle accouchée, comme un obstacle à l'allaitement.

Une femme qui aurait été épuisée par des hémorrhagies utérines qui seraient survenues pendant la grossessesse ou pendant l'accouchement devra se dispenser d'allaiter jusqu'au temps où elle aura repris des forces.

Les dartres, les scrophules, le scorbut, la syphilis, le rachitis, la goutte, l'épilepsie, le rhumatisme, l'hystérie, la gravelle, la gale, etc., doivent engager la femme qui en est affectée à ne point allaiter.

La phthisie pulmonaire, malgré l'autorité de *Van-Swiéten* et *Morton*, qui assurent avoir vu guérir des femmes phtisiques en les assu-

jettissant à nourrir, interdit à la mère le plaisir d'allaiter son enfant, sous peine de faire courir les plus grands dangers à sa santé et d'y exposer elle-même la sienne.

La menstruation et la grossesse ne sont point toujours un obstacle à l'allaitement.

La faiblesse de la constitution ne peut pas non plus être toujours apportée en excuse.

La sécrétion peu abondante du lait, surtout chez la femme primipare, n'est point un motif suffisant pour avoir recours à un allaitement étranger.

Les femmes, au contraire, dont les mamelles sécrètent une quantité énorme de lait, ne doivent pas nourrir, si elles ne veulent bientôt se nuire ainsi qu'à leur enfant.

Des gerçures superficielles du mamelon, un léger engorgement du sein, ne s'opposent pas à ce que l'allaitement ait lieu.

La petitesse du mamelon, son aplatissement, sont des inconvéniens auxquels on peut remédier.

La jeune mère qui n'aurait point encore acquis tout son développement ne doit pas nourrir ; ce serait au détriment de son accroissement ultérieur que se ferait chez elle la sécrétion du lait.

MM. *Deyeux* et *Parmentier* ont démontré qu'à la suite d'un violent accès de colère le lait change de couleur et de qualité. *Petit-Radel* rapporte qu'il a vu un enfant être pris de convulsions et mourir pour avoir sucé le sein de sa mère pendant qu'elle était en proie à cette funeste passion. *Boërhaave* dit aussi dans ses ouvrages qu'un accès de colère rendit le lait d'une nourrice si pernicieux, que son enfant, l'ayant tétée peu de temps après, eut dans le moment même une attaque d'épilepsie, maladie à laquelle il resta sujet pendant toute sa vie. Les passions violentes, dont les accès jettent un trouble subit dans toutes les fonctions, les affections morales profondes et de longue durée, dont

les effets, plus lents, n'en sont pas moins pernicieux par leur persévérance, devront donc aussi être mises au nombre des causes qui doivent empêcher les mères d'allaiter leurs enfans.

Les femmes des villes, respirant un air moins salubre, moins vivifiant, d'une constitution beaucoup plus faible, en général vivant moins sobrement, bien plus adonnés aux vices en tout genre, celles que leurs occupations obligent à se priver de sommeil, sont, sous ce rapport, moins propres à l'allaitement que les femmes qui habitent la campagne. La différence des climats influe aussi sur l'allaitement; et *Hippocrate* a remarqué que les hommes sont forts ou faibles, gais ou mélancoliques, bons ou méchans, bornés ou stupides, suivant les qualités de l'air qu'ils respiraient.

Puisqu'il est des cas où la femme, malgré le sentiment le plus vif qui l'attache à son enfant, ne peut, ou ne peut sans dangers lui offrir sa mamelle, occupons-nous maintenant de lui trouver une nourrice.

C'est sous le chaume qu'il faut aller, comme l'a dit *J.-J. Rousseau;* et voici les qualités que devra réunir la femme sur laquelle tomberont vos suffrages : accouchée depuis peu, son âge se rapprochera le plus possible de celui de la mère dont elle doit nourrir l'enfant, bien entendu toutefois qu'elle n'aura pas moins de dix-huit ans et plus de trente-cinq; elle doit être bien constituée et offrir un embonpoint médiocre, des cheveux bruns, des yeux vifs, un teint remarquable par sa fraîcheur, des lèvres vermeilles, des dents éclatantes par leur blancheur et leur propreté, et soutenues par des gencives fermes et rosées; elle doit avoir l'haleine douce et sans aucune mauvaise odeur; la peau blanche, fine, exempte de taches de scorbut, de dartres, de syphilis ou de scrophules; la poitrine large; les mamelles ni trop grosses ni trop petites, mais fermes, détachées de la poitrine et sans cicatrices; les mamelons de grosseur et de fermeté médiocres, un peu élevés, et percés de plusieurs trous, pour que l'enfant, en les suçant et en les pressant avec ses lèvres, obtienne plus facilement le lait qui lui est

destiné, et qui doit être légèrement sucré, sans odeur, d'un blanc bleuâtre, et assez consistant pour se maintenir en gouttelettes sur les corps polis que l'on incline légèrement.

A toutes ces qualités physiques, qui sont indispensables pour constituer une bonne nourrice, celle-ci doit encore joindre des mœurs pures, une physionomie riante, un regard doux et timide, un sourire agréable, des yeux annonçant le calme de son âme, un maintien honnête, un langage décent et un son de voix clair et harmonieux, marques ordinaires d'un heureux naturel et d'un bon caractère : que la propreté, la vigilance, la sobriété, la complaisance, soient aussi les qualités qui la distinguent.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Mulieri in utero gerenti si multum lactis ex mammis fluxerit, infirmum fœtum significat. Si verò solidæ fuerint mammæ, saniorem fœtum significat. *Sect.* 5, *aph.* 52.

II.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Ibid.*, *aph.* 37.

III.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 32.

IV.

Si mulieri purgationes non prodeant, neque horrore, neque febre superveniente, cibi autem fastidia ipsi accidant; hanc in utero gerere putato. *Ibid.*, *aph.* 61.

V.

Ad dentitionem verò accedentibus gengivarum pruritus, febres, convulsiones, alvi profluvia; et maximè ubi caninos dentes producunt, et iis qui inter pueros sunt crassissimi, et qui alvos duras habent. *Sect.* 3, *aph.* 25.

VI.

In ætatibus autem talia eveniunt. Parvis quidem et recens natis

pueris aphthæ, vomitus, tusses, vigiliæ, pavores, umbilici inflammationes, aurium humiditates. *Ibid., aph.* 24.

VII.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 2, *aph.* 13.

N° 170.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC DE QUELQUES TUMEURS

DE LA RÉGION INGUINALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J. TRIOUILLER, de Thiers,

Département du Puy-de-Dôme;

Membre de l'École pratique.

Ars medica tota in observationibus.
BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur*.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Président*.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur*.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Suppléant*.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur*.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Examinateur*.
Baudelocque.	Kergaradec, *Examinateur*.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Suppléant*.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DU MEILLEUR DES PÈRES.

A MA MÈRE.

Gage de reconnaissance et d'amour filial.

A MON FRÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

Témoignage de ma sincère affection.

J. TRIOUILLER.

A MONSIEUR CLARION,

Professeur à la Faculté de médecine, Professeur à l'École de Pharmacie, Membre de l'Académie royale de médecine.

Hommage de ma reconnaissance.

J. TRIOUILLER.

ESSAI

SUR LE DIAGNOSTIC DE QUELQUES TUMEURS

DE LA RÉGION INGUINALE.

Anatomie de la région inguinale. La plupart des anatomistes désignent sous le nom de *région inguinale* un espace triangulaire borné supérieurement par le ligament de *Fallope*, qui forme la base du triangle; en bas par la rencontre du couturier et du droit interne, qui en forme le sommet; en dehors par le tiers supérieur du couturier, et en dedans par le droit interne et le premier adducteur. Cet espace présente une espèce de gouttière qui est remplie par les vaisseaux et nerfs fémoraux, les glandes lymphatiques et le tissu cellulaire.

En disséquant cette région, on trouve de dehors en dedans, 1°. la peau, qui est lisse, moins épaisse qu'ailleurs, qui est recouverte de quelques poils, et contient beaucoup de follicules sébacés; 2°. du tissu cellulaire graisseux formant une couche plus ou moins épaisse suivant les individus; 3°. la couche superficielle des glandes inguinales, au nombre de sept à huit, où viennent se rendre les vaisseaux lymphatiques superficiels des parties voisines; 4°. le *fascia superficialis*, qui, après avoir tapissé la paroi abdominale antérieure, se prolonge au-devant de la cuisse, et dont les fibres adhèrent d'une manière plus ou moins intime au pourtour de l'ouverture aponévroti-

que, où s'engage la veine saphène. On trouve dans l'épaisseur de cette membrane ou au-dessous d'elle les filets nerveux qui partent des plexus lombaires, ainsi que les vaisseaux honteux externes; 5°. au-dessous du *fascia superficialis*, on trouve les glandes inguinales profondes, qui sont très-nombreuses; du tissu cellulaire, et le tronc de la veine saphène; 6°. l'aponévrose *fascia lata*, divisée en deux feuillets; l'un superficiel, qui s'attache au bord inférieur de l'arcade crurale, se continue au-dessous d'elle avec le *fascia transversalis*, et en dedans avec le ligament de *Gimbernat*; il passe au-devant des vaisseaux fémoraux : au-dessous de l'arcade crurale, à une distance variable, il présente une ouverture par où passe la saphène pour se rendre dans la veine crurale. Le feuillet profond ou postérieur du *fascia lata*, qui est placé derrière les vaisseaux cruraux, s'insère au bord postérieur de la surface triangulaire du pubis, et se continue en dehors avec le *fascia iliaca*. Il recouvre les muscles psoas, iliaque, pectiné et premier adducteur, etc.

Le ligament de *Fallope*, qui borne en haut l'espace inguinal, se fixe en dehors à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et en dedans à l'épine du pubis. Il convertit cette vaste échancrure en une ouverture triangulaire qui prend le nom d'*arcade crurale*. Ce faisceau fibreux, qui est formé par le bord inférieur et réfléchi de l'aponévrose du muscle grand oblique de l'abdomen, se continue en dehors avec la portion externe du *fascia lata*, et en dedans avec le ligament de *Gimbernat*. La moitié externe de l'arcade crurale est occupée par les muscles psoas et iliaque réunis, qui sont renfermés dans une gaîne fortifiée en dedans par une expansion aponévrotique du muscle petit psoas. Dans cet endroit, le *fascia transversalis*, qui se continue avec le *fascia iliaca*, forme, avec le ligament de *Fallope*, une union tellement intime, qu'il paraît impossible qu'une hernie puisse y avoir lieu. Cependant, M. *J. Cloquet*, dans son excellent Mémoire, rapporte un cas de hernie qui s'était formée dans ce point à travers un éraillement du *fascia iliaca*.

Plus en dedans se trouve le canal crural, dont il est très-important

de bien connaître la disposition pour entendre l'anatomie de la hernie crurale. Ce conduit aponévrotique, qui est formé par les deux feuillets du *fascia lata*, donne passage aux vaisseaux cruraux. Il présente deux ouvertures : l'une supérieure, placée au-dessus du pubis et triangulaire; elle regarde en haut et en arrière; c'est par cette ouverture que s'échappent les viscères dans les hernies crurales; elle est fermée par une cloison fibro-celluleuse, à laquelle M. *J. Cloquet* a donné le nom de *septum crurale*. L'ouverture inférieure est la même que celle par où passe la veine saphène; elle est ovalaire et dirigée directement en avant. *Béclard*, le premier, a montré qu'elle pouvait donner issue à la hernie crurale. La longueur du canal crural varie suivant les individus. Elle dépend de la hauteur à laquelle la veine saphène s'ouvre dans la veine crurale; il a depuis six jusqu'à quinze lignes de longueur. Sa plus grande étendue est verticale; il est plus spacieux en haut qu'en bas. Il est, en général, moins long et plus large chez la femme que chez l'homme, ce qui explique la fréquence des hernies crurales chez la première, tandis qu'elles s'observent rarement chez l'homme. Le canal crural offre trois parois : l'une, antérieure, formée par le feuillet superficiel du *fascia lata*, plus épais en dehors qu'en dedans, où il se continue avec le feuillet profond et le ligament de *Gimbernat*. Les deux autres parois sont : l'une, postérieure et interne, formée par le feuillet profond du *fascia lata*, et recouverte un peu en dehors par la veine crurale; l'autre, postérieure et externe, étroite comme la précédente, constituée par l'expansion aponévrotique du petit psoas; elle est recouverte par l'artère et la veine crurale, et les troncs lymphatiques qui entourent ces vaisseaux.

D'après ce que j'ai dit de la direction du canal crural et de ses ouvertures, il résulte qu'il a trois axes différens, et leur réunion représente assez bien un Z, dont la branche supérieure, appuyée sur le pubis, formerait l'axe de l'orifice supérieur; la branche moyenne représenterait celui du canal lui-même, qui est vertical, tandis que l'inférieure sortirait directement en avant par le trou de la veine saphène.

Ce sont ces axes qui déterminent la forme et la direction du sac herniaire quand les parties parcourent toute la longueur du canal. Il est donc très-important de bien connaître cette disposition pour réduire la hernie.

Le canal crural est bien moins extensible que le canal inguinal. C'est ce qui rend la hernie crurale si rare chez l'homme; mais quand elle existe, elle est bien plus susceptible d'étranglement que la hernie inguinale, et le prognostic en est en général bien plus fâcheux.

En dedans du canal crural se trouve le ligament de *Gimbernat*, dont il est essentiel de bien connaître la disposition, puisque son incision est un des moyens les plus sûrs pour faire cesser l'étranglement, celui de tous qui expose le moins à la lésion de vaisseaux importans excepté dans des cas particuliers, heureusement assez rares, dont je parlerai à l'occasion de l'artère épigastrique. Ce ligament est une expansion fibreuse de forme triangulaire, qui se détache de la partie postérieure et interne de l'arcade crurale, dont il paraît être une dépendance. Son bord postérieur se fixe à la branche horizontale et à l'épine du pubis, tandis que son bord externe, mince, un peu concave, est tourné du côté des vaisseaux cruraux. M. *Boyer* donne à ce ligament le nom de *portion réfléchie du pilier externe de l'anneau inguinal*, par opposition à l'autre portion qu'il nomme *directe*.

L'artère épigastrique naît de l'iliaque externe à peu de distance de l'arcade crurale, le plus souvent par un tronc qui lui est propre, quelquefois par un tronc qui lui est commun avec l'obturatrice; elle descend d'abord un peu en croisant la direction du cordon spermatique, derrière lequel elle est située. Elle monte ensuite en décrivant une légère courbure en dehors de l'ouverture supérieure du canal crural, et en dedans de l'orifice abdominal du canal inguinal. Elle se rapproche ensuite du muscle droit, derrière lequel elle va se placer et se distribuer. Dans la hernie crurale, l'artère épigastrique passe sur le côté externe du sac en suivant le trajet que je viens d'indiquer. Mais cette disposition n'est pas constamment la même; quelquefois l'artère épigastrique fournit, au niveau de l'arcade crurale, l'artère obtura-

trice, qui passe alors sur le bord externe du ligament de *Gimbernat*. Le sac herniaire est alors entouré de vaisseaux dans les trois quarts de sa circonférence, en dehors la veine iliaque, en haut le tronc commun des artères épigastrique et obturatrice, et en dedans l'artère obturatrice elle-même. Si dans ce cas, on débridait en dedans, on blesserait nécessairement cette dernière artère, et l'hémorrhagie qui en résulterait aurait les suites les plus graves.

Hernie crurale. Dans cette hernie, les viscères sortent de l'abdomen par le canal crural; elle est, en général, moins volumineuse que la hernie inguinale. Très-rare chez l'homme, on l'observe fréquemment chez la femme, chez celle surtout qui a eu des enfans; cela tient à la plus grande largeur du canal crural chez cette dernière. La tumeur que forme la hernie est peu volumineuse et arrondie; les parties déplacées sont situées au côté interne des vaisseaux. (*J.-L. Petit, Sabatier* et *Richter* pensent que les viscères peuvent descendre au-devant des vaisseaux fémoraux, et quelquefois même entre ces vaisseaux et l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. *Scarpa* est d'une opinion contraire.) Comme toutes les hernies, elle se forme à la suite d'un effort, d'une chute ou d'une contusion plus ou moins forte sur la région inguinale. La tumeur augmente quand le malade reste long-temps debout, quand il tousse, qu'il éternue, toute les fois, en un mot, qu'il se livre à quelque acte qui exige la contraction simultanée du diaphragme et des muscles abdominaux. Elle diminue au contraire de volume, et peut même disparaître entièrement quand on la comprime, ou que le malade est couché, et reparaît quand il change de position, ou que la compression cesse d'avoir lieu. Toutefois ces derniers caractères s'appliquent seulement à la hernie crurale récente; car quand elle est ancienne, et qu'on a négligé de la maintenir réduite, les adhérences qu'elle peut avoir contractées avec les parties voisines ne permettent plus de la faire rentrer. Quand la hernie crurale est formée par l'intestin, elle augmente après le repas, et devient dure, rénitente quand le malade se livre à

quelque effort. Si elle est susceptible de réduction, la compression la fait rentrer en masse, et il se produit un bruit particulier, auquel on a donné le nom de *gargouillement*. Quand, au contraire, la tumeur est un épiplocèle, elle est molle, pâteuse, inégale, et fait éprouver des tiraillemens à l'épigastre après l'ingestion des alimens ; sa réduction se fait lentement, d'une manière insensible, et sans produire le bruit particulier dont j'ai parlé précédemment.

L'entéro-épiplocèle présente les caractères propres à ces deux espèces de hernies.

Quand la hernie crurale est très-volumineuse, elle peut, par la pression qu'elle exerce sur les nerfs et les vaisseaux, donner lieu à un sentiment d'engourdissement dans le membre abdominal correspondant, et en déterminer l'œdématie.

Chez l'homme, la hernie crurale se distingue facilement de la hernie inguinale. Quand elle est récente, elle est située si profondément dans le pli de l'aine, qu'il est difficile, même chez des personnes maigres, d'en sentir le col; et qu'avec le bout du doigt porté dans sa circonférence, on distingue à peine le bord tendineux de l'ouverture qui a donné passage aux parties déplacées. La hernie inguinale, au contraire, quelque petite qu'elle soit, est toujours plus superficielle, elle est située à un demi-pouce au-dessus de la cuisse : en portant le doigt autour de son col; on distingue facilement le rebord tendineux de l'anneau inguinal; on sent de plus, derrière la petite tumeur, le cordon des vaisseaux spermatiques.

Quand la hernie crurale est ancienne, volumineuse, son col est dirigé plus bas, mais son corps et son fond ont pris une forme ovale transversalement, et quelquefois du haut en bas. Cette hernie a de la tendance à s'étendre en circonférence. La hernie inguinale, quelque volumineuse qu'elle soit, se présente toujours sous la forme d'une tumeur pyramidale, qui suit exactement le trajet du cordon spermatique, et descend directement dans le scrotum. Il est très-important de ne pas confondre la hernie crurale avec la hernie inguinale, parce que le taxis et le débridement ne se pratiquent pas de la même manière dans l'un et l'autre cas.

Mais il n'est pas aussi facile de distinguer la hernie crurale de la hernie inguinale chez la femme; l'absence du cordon spermatique, et la situation de l'anneau inguinal, qui est plus rapproché de l'arcade crurale que chez l'homme, peuvent en imposer au chirurgien.

Tous les caractères que je viens d'assigner à la hernie crurale paraissent devoir suffire pour faire éviter toute espèce de méprise; mais il n'en est pas toujours ainsi; des ganglions de l'aine engorgés, un abcès, un anévrysme, etc., ont souvent induit en erreur des praticiens expérimentés. En parlant de ces diverses tumeurs, j'établirai la distinction qui existe entre elles.

De même que les autres hernies, et bien plus fréquemment encore (comme l'a démontré l'observation), la hernie crurale est susceptible d'étranglement. Les signes qui annoncent cet état particulier sont, l'augmentation de volume de la hernie et l'impossibilité de la réduire, accompagnées des symptômes suivans : une douleur très-vive se déclare dans la tumeur, qui devient tendue, rénitente; les tégumens qui la recouvrent rougissent quelquefois; la plus légère pression y est insupportable. Les selles se suppriment; le malade est pris de nausées, de vomissemens des alimens d'abord, puis de matières qui ont une odeur fécale. Les boissons sont rejetées presque aussitôt qu'elles ont été prises; le ventre est tendu, douloureux; le pouls est accéléré, petit, vif; la respiration fréquente, gênée; le hoquet survient, les traits du malade s'altèrent. Si on ne pratique par l'opération, la tumeur herniaire se ramollit, elle s'affaisse, présente une espèce d'empâtement, et la peau qui la recouvre prend une teinte violacée, livide. Les parties étranglées sont alors frappées de gangrène; les accidens de l'étranglement cessent presque entièrement; mais ce calme trompeur n'en impose point au praticien expérimenté. Bientôt les traits du malade s'altèrent de plus en plus; tout son corps se couvre d'une sueur froide et visqueuse, signe avant-coureur d'une mort très-prochaine.

Quand une hernie qui était facilement réductible ne peut plus être réduite, et qu'on voit survenir tous les symptômes que je viens

d'énumérer, le diagnostic est des plus faciles. Mais il est des cas où l'on peut croire à un étranglement qui n'existe pas, tandis qu'il en est d'autres où on peut le méconnaître quand il existe.

Si un individu affecté de hernie irréductible est pris tout à coup de péritonite ou de choléra-morbus, on pourra d'abord croire qu'il y a étranglement. Si cependant on examine attentivement la marche des symptômes dans ces différens cas, on parviendra presque toujours à un diagnostic certain.

Dans la péritonite, les douleurs spontanées et la tension de l'abdomen surviennent bien plus vite que dans le cas d'étranglement. De plus, les malades ne rejettent point de matières fécales dans le vomissement. Mais un caractère bien plus important, et sur lequel *Pott*, le premier, a appelé l'attention des praticiens, c'est que dans les cas d'étranglement, la tumeur herniaire devient volumineuse, tendue, douloureuse avant qu'il ne se développe aucun accident du côté de l'abdomen. Or, telle n'est point la marche des symptômes dans la péritonite.

Dans le choléra-morbus, la fréquence des évacuations alvines suffira toujours pour empêcher de le confondre avec l'étranglement.

Un cas plus embarrassant serait celui où les parties d'intestin qui forment la hernie seraient prises d'inflammation sans qu'il y eût étranglement, comme on a pu l'observer dans les hernies volumineuses; mais alors il y aura eu un mouvement fébrile précédé de frissons avant que la tumeur soit devenue douloureuse. Si, de plus, en palpant la hernie on ne trouve pas l'anneau tendu, douloureux, il est probable que les accidens ne sont point dus à un étranglement.

On a vu quelquefois tous les signes qui pourraient faire croire à un étranglement disparaître au bout de quelques jours, et laisser le chirurgien dans l'incertitude sur la nature de la maladie. J'ai observé un cas de ce genre assez intéressant pour mériter de trouver place dans cette thèse.

G. M...., âgée de cinquante et un ans, vit survenir, sans cause con-

nue, à l'aine droite, une tumeur qui fut pendant quatre jours accompagnée de vomissemens avec tension douloureuse du ventre. Les selles ne furent pas tout à fait supprimées. Une potion huileuse diminua le volume du ventre, et fit cesser les vomissemens. Ils reparurent cependant au bout de cinq jours après l'ingestion d'un bouillon, mais ils ne continuèrent pas. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu parce que la tumeur qui persistait lui donnait de l'inquiétude. L'examen qui en fut fait, joint aux signes commémoratifs, et l'inutilité des tentatives de réduction après l'emploi des antiphlogistiques, firent penser à M. *Sanson*, qu'il avait affaire à une hernie étranglée. Il fit l'ouverture de la tumeur avec toutes les précautions possibles ; mais quel fut son étonnement de ne point trouver d'anse intestinale dans ce prétendu sac herniaire. Il sortit par l'ouverture du pus fétide, mais point de matières fécales. M. *Sanson* crut alors avoir commis une méprise en prenant un abcès pour une hernie étranglée. Mais au bout de deux jours, en levant l'appareil, on aperçut dans la plaie un ver lombric vivant qui venait évidemment de l'intestin. M. *Dupuytren*, qui nous entretint de la malade, pensa que les accidens qui avaient accompagné l'apparition de la tumeur, étaient dus à un pincement de l'intestin ; qu'il s'était formé dans le même point une escharre dont la chute avait donné lieu à une perforation par laquelle le ver était sorti. Dans les pansemens consécutifs il sortit pendant plusieurs jours par la plaie des matières fécales liquides. La malade n'éprouva du reste aucun accident ultérieur, et la cicatrisation de la plaie fut hâtée par l'application d'un bandage herniaire.

Abcès de la région inguinale. Cette région peut être le siége d'abcès de différentes natures. Mais je me bornerai à donner en peu de mots les caractères propres aux abcès froids idiopathiques, et je m'occuperai principalement des abcès symptomatiques ou par congestion, qui y sont de tous les plus fréquens.

Les abcès froids idiopathiques, de même que les abcès par congestion, sont le produit d'une inflammation lente et obscure; mais les ab-

cès froids (j'entends parler de ceux qui ont leur siége dans le tissu cellulaire) commencent par une tumeur dure, volumineuse, à base circonscrite, immobile, sans changement de couleur à la peau, et qui n'a point été précédée de douleur soit dans le lieu qu'elle occupe, soit dans un lieu plus ou moins éloigné. Ce dernier caractère distingue essentiellement l'abcès froid de l'abcès par congestion. La tumeur s'étend peu à peu en largeur, s'amollit, s'élève, et présente ensuite de la fluctuation. Le malade éprouve alors une douleur sourde, augmentant par la pression ou le mouvement du membre abdominal correspondant.

Les abcès symptomatiques ou par congestion reconnaissent pour cause, dans presque tous les cas, la carie du corps d'une ou de plusieurs vertèbres, maladie qui n'est bien connue que depuis les observations de *Pott*. Ils peuvent aussi être le résultat de la carie d'un des os du bassin, ou de l'inflammation du muscle psoas. Leur apparition a toujours été précédée d'une douleur sourde, obscure, mais continue, dans une des parties que je viens d'indiquer. La tumeur qui s'est ensuite formée à l'aine s'accroît peu à peu, ou se montre tout à coup avec un volume assez considérable. Elle est indolente, sans chaleur et sans changement de couleur à la peau. Elle est molle ou dure, suivant qu'elle est placée immédiatement sous la peau ou située plus profondément. Quand le malade reste long-temps debout, qu'il tousse ou qu'il se livre à un effort quelconque, la tumeur augmente de volume. Elle diminue, au contraire, quand on la comprime ou quand le malade est couché. Les auteurs rapportent même des cas où la tumeur disparaissait entièrement soit par le décubitus sur le dos, soit par la pression.

Si, d'après ces caractères, il est impossible de confondre l'abcès froid avec l'abcès par congestion, il n'est pas toujours facile de distinguer ce dernier de la hernie crurale, et si l'on ne remontait pas aux commémoratifs, on éprouverait souvent de la difficulté pour établir le diagnostic. Mais en ayant égard aux symptômes que chacune de ces affections a présentés dès son début, symptômes dont j'ai déjà parlé,

on évite ordinairement l'erreur. Toutefois il est souvent difficile d'obtenir des malades des renseignemens exacts ; mais l'abcès par congestion présente une fluctuation que l'on n'observe pas dans la hernie, qui est rénitente quand elle est formée par l'intestin, tandis qu'elle est molle et pâteuse quand elle est épiploïque.

On pourrait, dans quelques cas, confondre les abcès de l'aine avec l'anévrysme des gros vaisseaux de cette région : la méprise aurait ici les plus fâcheux résultats. En parlant de la tumeur anévrysmale, j'établirai les caractères propres à ce genre d'affections.

Une précaution de la plus grande importance, et qu'on ne doit pas perdre de vue quand on se propose d'ouvrir les abcès de l'aine, c'est de bien s'assurer de la position de l'*artère fémorale*. Cette position peut varier s'il s'est écoulé un certain temps depuis qu'on a examiné la tumeur pour la première fois. J'ai observé un fait de ce genre à l'Hôtel-Dieu, chez une malade affectée d'un abcès à l'aine à la suite de couches. Le premier jour que M. *Dupuytren* vit la malade, l'artère crurale était placée sur le point le plus saillant de la tumeur. Le lendemain, avant de pratiquer l'ouverture de l'abcès, il fit un nouvel examen, et fut tout étonné de voir que l'artère avait abandonné le sommet de la tumeur, et qu'elle s'était placée à son côté interne.

Tumeurs glanduleuses de l'aine. Les glandes inguinales sont susceptibles de se tuméfier sous l'influence de diverses causes. On les voit s'engorger chez les sujets scrophuleux. La tumeur qui en résulte a une marche lente; elle est indolente, arrondie, molle d'abord, et ensuite rénitente et dure. Cinq ou six ganglions peuvent se tuméfier simultanément, être isolés ou adhérer entr'eux : leur réunion donne lieu à une tumeur inégalement bosselée. Les ganglions engorgés de l'aine sont moins mobiles que ceux des autres régions. La lenteur avec laquelle ils se développent, leur multiplicité, la constitution du sujet et l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, qui peut quelquefois exister en même temps, sont des caractères suffisans pour faire reconnaître la nature de la maladie.

Mais de toutes les tumeurs glanduleuses de l'aine, les plus ordinaires sont les bubons syphilitiques ; ils s'annoncent par un sentiment

de gêne et de tension légèrement douloureuse à la région inguinale ; les glandes lymphatiques sont tuméfiées et sensibles à la pression : alors elles sont encore mobiles entre la peau et les parties sous-jacentes ; mais bientôt l'irritation se communiquant aux glandes voisines et au tissu cellulaire environnant, il en résulte une tumeur plus ou moins volumineuse, dure, adhérente, qui rend la progression difficile, dont la surface rougit, et qui devient le siége de douleurs pulsatives progressivement plus intenses. La marche de la maladie est plus ou moins rapide, suivant le degré de l'inflammation, et souvent la suppuration a lieu. Des bubons ont pu quelquefois en imposer pour une hernie crurale, et surtout pour une épiplocèle ; mais si l'on a égard aux circonstances commémoratives et au mode de développement de la tumeur ; si, de plus, on examine bien attentivement le malade, l'erreur sera facile à éviter dans le plus grand nombre des cas. En effet, on trouve ordinairement sur d'autres parties des traces d'infection syphilitique ; cependant cela n'a pas toujours lieu, et il n'est pas rare de trouver des bubons vénériens qui n'ont point été précédés de chancres ni d'écoulement, etc. Les auteurs en rapportent un assez bon nombre d'exemples. Le cas peut alors être tellement obscur, et les renseignemens fournis par le malade si peu conformes à la vérité, que le praticien peut prendre un bubon pour une hernie crurale. Des chirurgiens du plus grand mérite, et entre autres *Petit* et *Sabattier*, avouent avec franchise s'être trompés dans des cas de ce genre. Ce dernier chirurgien ordonna l'application d'un bandage sur une tumeur qu'il prit pour une hernie, trompé par le rapport du malade, et que plus tard les progrès du mal lui firent reconnaître pour un bubon syphilitique. Je vais rapporter un fait presque analogue, qui m'a été récemment communiqué par un médecin de ma connaissance.

Le sujet de l'observation est un vieillard de soixante-quatorze ans, affecté depuis long-temps d'une hernie inguinale droite. Après une promenade long-temps prolongée, le malade est pris de malaise, de vomissemens, et bientôt il s'aperçoit de l'existence d'une petite tumeur située en dehors de sa hernie inguinale, qui, du reste, ne présentait rien de particulier. Le médecin, arrivé auprès du malade,

l'interroge, et n'en obtient d'autres renseignemens que ceux que je viens de rapporter. Il examine bien la tumeur, et fait des tentatives de réduction; mais leur inutilité et la douleur qu'il cause au malade l'empêchent de continuer. Quoique l'âge avancé du sujet parût exclure toute idée d'infection syphilitique, le médecin hasarde cependant quelques questions, qui sont aussitôt résolues négativement par le malade; mais en examinant les parties voisines, il aperçoit un chancre sur la surface du gland. Le médecin n'eut plus alors d'incertitude sur la nature de la tumeur, et le malade convaincu, avoua qu'il s'était exposé à contracter la syphilis quinze jours auparavant.

Quelquefois un bubon venant à s'enflammer peut présenter les symptômes qui accompagnent la hernie étranglée. Dans ce cas, la position du chirurgien devient très-embarrassante: si, croyant à l'existence d'un bubon, il diffère l'opération, et qu'il y ait réellement un hernie étranglée, le malade peut périr, car, dans ce dernier cas, le succès de l'opération dépend surtout de l'époque à laquelle elle est pratiquée. On doit donc, dans ce cas douteux (d'après le plus grand nombre des auteurs), pratiquer une incision exploratrice, qui ne peut avoir de résultats fâcheux pour le malade, que la tumeur soit une hernie ou un bubon, et qui peut le soustraire à la mort s'il y avait étranglement.

Il peut arriver qu'une hernie se forme sous une tumeur glanduleuse préexistante. M. *Roux* nous en a cité un exemple dans son cours. C'est ici que le praticien doit avoir bien présens à l'esprit tous les faits extraordinaires qui peuvent avoir été observés, afin de pouvoir venir au secours du malade si des signes d'étranglement venaient à se manifester.

Anévrysme spontané de la partie supérieure de l'artère fémorale. Les signes de cet anévrysme sont les mêmes que ceux des anévrysmes des autres parties du corps. Quand il est peu volumineux, il se présente sous la forme d'une tumeur arrondie ou ovoïde, sur le trajet de

l'artère fémorale, tumeur qui diminue et disparaît même quand on la comprime, pour reparaître aussitôt qu'on l'abandonne à elle-même. La peau qui la recouvre conserve sa couleur naturelle; des pulsations se font sentir sur toute la surface; mais si on comprime au-dessus de la tumeur, les pulsations cessent d'être perçues; elles deviennent au contraire plus fortes si la compression s'exerce au-dessous d'elle.

Mais quand l'anévrysme est plus ancien, la tumeur est volumineuse, irrégulière; ses parois sont épaissies; son intérieur, rempli en grande partie de caillots fibrineux, ne donne plus passage qu'à un filet de sang. Si, de plus, le membre est infiltré, et que la crevasse de l'artère soit dirigée vers un os au lieu d'être dirigée du côté de la peau, le diagnostic devient très-difficile. Il en est de même quand l'anévrysme s'est formé brusquement à la suite de la rupture d'une artère et qu'une certaine quantité de sang s'est infiltrée dans le tissu cellulaire environnant. Dans ces divers cas, les pulsations ne sont plus perçues, ou elles ne sont que momentanées et très-obscures.

Mais plusieurs tumeurs peuvent présenter des pulsations sans être des anévrysmes, si elles se sont développées sur le trajet d'une artère assez volumineuse. Toutefois, si la tumeur est solide, il y aura à chaque pulsation de l'artère un simple mouvement de soulèvement, et non point de dilatation, comme dans la tumeur anévrysmale, et elle cessera de présenter des battemens quand on l'aura déplacée. Si, au contraire, l'artère est enveloppée par un kyste, un abcès froid, un amas de sang, etc., il est impossible de distinguer la tumeur d'un anévrysme.

Quand les battemens de la tumeur ne sont plus perceptibles, et qu'elle présente des signes d'inflammation, on a pu prendre l'anévrysme pour un bubon. Un cas de ce genre est arrivé, en 1812, à l'hôpital des Vénériens : le chirurgien interne, croyant qu'il y avait une collection de pus, fit l'ouverture de la tumeur. L'hémorrhagie qui s'ensuivit fut arrêtée par le tamponnement, qui produisit l'oblitération de l'artère.

Une circonstance bien fâcheuse serait celle où un abcès se serait développé entre la tumeur anévrysmale et la peau, comme l'a fait observer le professeur *Delpech*. Si on était alors appelé auprès d'un malade qui ne donnât pas des renseignemens exacts sur les antécédens, on croirait avoir affaire à un simple abcès, et on ouvrirait la tumeur; mais le sang, qui s'échapperait avec plus ou moins de force après l'évacuation du pus, avertirait bientôt l'opérateur d'une fâcheuse méprise. Il ne faut donc point se presser d'ouvrir dans ces cas douteux; il faut examiner la tumeur à plusieurs reprises, et cela pendant plusieurs jours. Si le membre n'est pas infiltré, on comprimera entre le cœur et la tumeur, en observant bien le changement que cette dernière pourra éprouver. Si on n'obtient aucun résultat par ce moyen, et qu'il ne soit pas urgent d'opérer, il faut temporiser; si, au contraire, les douleurs qu'éprouve le malade ou d'autres motifs puissans nécessitent une opération, il faut se décider à la pratiquer, en s'aidant des lumières de quelques confrères, et en se tenant prêt à combattre les accidens qui pourraient en être les conséquences.

Tumeurs graisseuses. Le tissu cellulaire graisseux du pli de l'aine peut se développer au point de simuler une tumeur herniaire; d'autres fois la tumeur graisseuse s'étant formée dans le bassin, peut en sortir comme les autres hernies. Dans l'un et l'autre cas, elle est molle, pâteuse, indolente, sans changement de couleur à la peau, et présente une telle analogie avec l'épiplocèle, que M. *Pelletan*, qui s'est occupé de ce point de pathologie d'une manière particulière, pense qu'il est très-difficile de distinguer ces tumeurs d'une manière positive du vivant de l'individu. Les commémoratifs pourraient seuls jeter quelque jour sur l'obscurité du diagnostic. L'épiplocèle se forme toujours subitement à la suite d'un effort, etc., tandis que la tumeur graisseuse met toujours un temps plus ou moins long à se développer, si on en excepte le cas où elle se serait formée dans le bassin, et aurait fait

éruption à travers l'anneau après un effort violent. Mais s'il est ordinairement très-difficile, et souvent même impossible de distinguer la tumeur graisseuse de l'épiplocèle, il sera presque toujours facile, avec un examen bien attentif, de la distinguer de l'entérocèle, en ayant égard aux signes caractéristiques de chacune de ces tumeurs; je dis presque toujours, car, dans quelques cas rares, le diagnostic pourrait présenter une telle obscurité, qu'une méprise pourrait être commise, comme M. *Tartra* en rapporte un exemple dans un mémoire sur les hernies graisseuses. Le malade qui fait le sujet de l'observation fut opéré pour une hernie étranglée, dont il présentait tous les symptômes. La mort ayant été la suite de l'opération, on reconnut à l'autopsie que le canal intestinal, qui était le siége d'une vive inflammation, ne présentait aucune lésion dans sa continuité, et que la tumeur était constituée par un développement graisseux assez considérable.

Tumeur variqueuse. La veine saphène peut se dilater au pli de l'aine, et donner lieu à une tumeur oblongue de haut en bas, indolente, dépourvue de battemens, et présentant un sentiment de fluctuation. La peau qui la recouvre est d'une couleur bleuâtre, violacée. Cette tumeur augmente de volume quand le malade reste long-temps debout, qu'il tousse, ou que l'on comprime au-dessus d'elle; elle diminue, au contraire, quand le malade est couché, et peut même disparaître en grande partie quand la compression s'exerce, soit au-dessous, soit sur la tumeur elle-même. Quand elle a acquis un volume assez considérable, la pression qu'elle exerce sur les parties voisines détermine un sentiment de pesanteur dans tout le membre, qui peut même s'œdématier par la gêne qu'éprouve la circulation veineuse et lymphatique.

L'augmentation et la diminution de volume dont la tumeur variqueuse est susceptible, suivant les diverses circonstances que je viens d'indiquer, pourraient la faire confondre avec la hernie; mais la co-

loration bleuâtre de la peau qui la recouvre, jointe à d'autres dilatations variqueuses que l'on remarque ordinairement sur le trajet de la veine saphène, suffira pour faire éviter une méprise. C'est à ces caractères que *J.-L. Petit* reconnut chez une domestique une tumeur variqueuse, qu'un charlatan avait prise pour une hernie crurale, et sur laquelle il avait appliqué un bandage qui causait de si vives douleurs à la malade, qu'elle ne pouvait le supporter.

On ne confondra pas la tumeur variqueuse avec un abcès, un bubon, etc. Les caractères propres à chacune de ces tumeurs ne permettront point de les confondre.

Tumeur hydatide. Une tumeur hydatide peut se former dans la région inguinale, et présenter plus ou moins d'obscurité dans son diagnostic. Des praticiens expérimentés ont pris plusieurs fois une tumeur de ce genre pour une hernie. Les tumeurs hydatides sont en effet susceptibles de diminuer par la compression; mais si on les examine en les plaçant entre l'œil et la lumière d'une bougie, on sera frappé d'une transparence qui, jointe au sentiment de fluctuation que l'on perçoit par le toucher, fera connaître la nature de la tumeur. M. *Dupuytren* nous a cité à sa clinique un cas de ce genre, qu'il a observé chez une dame dans sa pratique particulière. Contre l'opinion de plusieurs chirurgiens qui regardaient la tumeur comme une hernie, il en pratiqua l'ouverture, après s'être bien assuré de sa nature aux signes que j'ai indiqués précédemment. Il sortit par l'incision une sérosité transparente, et une membrane qu'il reconnut en l'insufflant pour une hydatide volumineuse, qui était accompagnée d'un assez grand nombre d'autres d'un très-petit volume. La plaie ne tarda point à se cicatriser, et la malade obtint une guérison complète.

Orchiocèle. On voit quelquefois chez les jeunes sujets un testicule n'être point encore descendu dans le scrotum. Cet organe se trouvant alors engagé sous l'arcade crurale, forme une tumeur qui a pu dans

quelques cas laisser le praticien dans l'incertitude sur sa véritable nature, et en imposer même pour une hernie crurale. Il est cependant quelques caractères au moyen desquels on peut établir un diagnostic certain. 1°. En palpant le scrotum, on n'y trouvera qu'un seul testicule ; 2°. en comprimant la tumeur, on fera éprouver au malade une douleur tout à fait analogue à celle que l'on produit en comprimant l'autre testicule : cette douleur a un caractère particulier ; 3°. par le toucher, on parviendra souvent à déterminer la forme ovoïde de l'organe qui constitue la tumeur.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 3, *aph.* 13.

II.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 32.

III.

Attenuata longo tempore corpora lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Sect.* 2, *aph.* 7.

IV.

In acutis morbis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

A peripneumoniâ phrenitis, malum. *Ibid.*, *aph.* 12.

VI.

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes, malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.

DE

N° 171.

LA PHLÉBITE,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 *août* 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR MICHEL-GERMAIN JAVERZAC, de Bergerac,

Département de la Dordogne.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur*.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER, *Examinateur*.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL, *Examinateur*. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉGAMIER, *Président*.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Suppléant*.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur*.
Dubois.	Rochoux, *Suppléant*.
Gaultier de Claubry, *Examinateur*.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

M.-G. JAVERSAC.

DE

LA PHLÉBITE.

Considérations générales.

Les maladies du système veineux étaient pour les anciens en très-petit nombre ; ils n'avaient porté leur attention que sur les dilatations qu'il présente souvent, et qui sont connues sous le nom de *varices*. Quelques-uns semblent pourtant avoir entrevu son état inflammatoire ; mais on peut dire que la connaissance exacte de cette phlegmasie est une conquête moderne. C'est à *Hunter* qu'on est redevable des premiers faits qui ont révélé l'importance de son étude et lui ont servi de base. Ayant trouvé sur des chevaux des veines rouges, épaissies, contenant du pus, il jugea qu'il devait en être ainsi chez l'homme, et dès-lors l'attention fut dirigée sur les affections de ce système. Il est constant aujourd'hui qu'il peut présenter les mêmes états morbides qu'on a reconnus dans les autres parties de l'organisme.

C'est ainsi qu'on attribue avec raison la plupart des accidens qui suivent la saignée, et qu'on expliquait autrefois par la lésion d'un nerf, d'une aponévrose, d'un tendon, à l'inflammation de la veine elle-même. N'est-ce pas à cette dernière cause qu'il faut rapporter ceux qui survinrent au roi Charles IX, et contre lesquels *Ambroise Paré* employa la compression ? Et la seconde observation du même auteur

sur un cas de gangrène du bras survenue chez la demoiselle Courtin n'indique-t-elle pas mieux encore qu'il s'était mépris sur la cause de ces accidens? Non-seulement ils sont fréquens à la suite de la saignée et de toute espèce d'atteinte mécanique portée aux vaisseaux veineux, mais on reconnaît encore que ces vaisseaux prennent une grande part à toutes les modifications qu'éprouve l'organisme. Des expériences ont porté M. *Cruveilhier* à penser que, lorsque l'irritation fixée sur une partie y déterminait une congestion sanguine et tous les phénomènes dits *inflammatoires*, le tissu veineux était le siége principal de ces divers phénomènes. Cette sorte de prédilection qu'affecte l'inflammation pour le système veineux, me semble commandée par la raison anatomique ; on sait en effet qu'il part du système capillaire beaucoup plus de veines qu'il n'y entre d'artères, qu'aux membres et aux organes extérieurs du tronc, elles forment deux plans; l'un intérieur accompagnant les artères, l'autre extérieur, qui est sous-cutané. De cette disposition doit résulter, dans les cas d'inflammation, l'impossibilité que le système veineux y soit étranger, s'il n'en est pas le siége principal.

Toute action qui agit directement sur les veines, soit en divisant, soit en contondant leur tissu, peut donc en déterminer l'inflammation. Si l'instrument qui blesse leurs parois est chargé d'un principe putride, irritant, la production de la maladie est beaucoup plus prompte. Ce même principe la détermine aussi, mais plus lentement, s'il est déposé sous la peau. M. *Breschet* a fait sur ce point des expériences qui ont démontré que les accidens varient suivant le mode d'inoculation. Une légère écorchure, les plaies de jambe, le vésicatoire, irrités par les frottemens ou la malpropreté ont donné lieu à la phlébite. Elle a été mortelle chez un jeune médecin qui s'était fait une simple piqûre avec une épingle humectée par la matière d'un exutoire. Les étudians en médecine, exposés à ces piqûres plus ou moins profondes; les garçons d'amphithéâtres, obligés de plonger quelquefois leurs mains gercées dans l'eau de macération, ont vu leurs veines s'enflammer. A la suite de toutes les amputations, de l'excision

des tumeurs variqueuses, hémorrhoïdales, de plaies de tête, de fractures comminutives des membres, on a vu la phlébite survenir. *Osiander*, et après lui d'autres observateurs, ont trouvé la veine ombilicale manifestement enflammée depuis le nombril jusqu'au foie, par le seul fait de la ligature du cordon.

Une cause fréquente de cette phlegmasie est l'accouchement. Les travaux de M. *Dance* ont beaucoup éclairci ce point de pathologie; toutefois les veines utérines peuvent s'enflammer sans la circonstance de l'accouchement, que ce professeur signale comme la seule. Trois ordres de causes, selon M. *Velpeau*, les y disposent : 1°. lorsque le tissu de la matrice est lui-même enflammé; 2°. lorsque après l'accouchement les veines de l'utérus se remplissent d'une manière quelconque, du détritus plus ou moins âcre que contient cet organe; 3°. pendant la grossesse, la compression qu'exerce l'utérus sur les parties voisines, d'où résulte un obstacle à la marche concentrique du sang. Plusieurs observations ont porté M. *Velpeau* à admettre ce dernier ordre de causes, et celle qu'il vient de publier l'établit encore mieux. La femme était au sixième mois de la gestation. Elle fut prise de douleurs aux jarrets, de chaleur, bientôt de fièvre; le quatrième jour, les veines sous-cutanées de l'hypogastre étaient d'un rouge vineux, tendues, douloureuses à la pression. Tous les symptômes ne tardèrent pas s'aggraver; la stupeur, la prostration, tout le cortége de la fièvre typhoïde survinrent, et la femme mourut peu de jours après. A l'autopsie, M. *Velpeau* trouva les veines superficielles, toutes les branches de l'hypogastrique, jusqu'à la réunion des iliaques, en pleine suppuration, villeuses à leur intérieur, rouges à l'extérieur, et fortement épaissies.

L'obstruction des vaisseaux veineux peut être, comme leur compression, une cause de phlébite; telle est du moins la conclusion qu'on peut tirer de l'observation suivante :

Une femme d'un âge avancé entra à la Charité, service de M. *Rullier*, le 15 juin dernier, ayant une ascite, de l'œdème aux membres inférieurs, et une tumeur assez fortement dessinée vers l'hypochondre

droit. D'après les renseignemens très-vagues que donna la malade, on apprit que la tumeur avait commencé à se montrer il y avait deux mois seulement, et que l'ascite remontait à quelques jours. Son état s'aggrava rapidement, la physionomie prit une expression de stupeur, la prostration augmenta, et la mort ne tarda pas à arriver.

Autopsie.

Le foie est augmenté de volume, il a une teinte d'un blanc jaunâtre. L'ayant incisé, on a vu se répandre sur les deux surfaces divisées une matière purulente très-abondante, ayant la consistance sirupeuse. Par la pression sur les diverses portions de l'organe, on procure l'issue d'une nouvelle quantité de matière, qu'on voit manifestement s'échapper des différentes ramifications de la veine-porte, dont plusieurs sont suivies avec soin jusqu'aux branches d'où elles proviennent, et de celles-ci jusqu'au sinus. Au point où ces deux branches sont réunies, c'est-à-dire au tronc même de la veine-porte, on trouve un caillot fibrineux assez consistant, peu adhérent aux parois du vaisseau, qu'il paraît du reste oblitérer complètement. Au-delà de l'obstacle, et dans les veines dont la réunion constitue le tronc, on ne remarque pas de pus. Le parenchyme du foie semble étranger à la maladie. Les autres organes de l'abdomen et ceux du thorax n'offrent rien de particulier.

Quelquefois la phlébite survient dans le système veineux d'un organe, à la suite des altérations qu'ont subies avant les veines les autres élémens anatomiques de cet organe. C'est ainsi que M. *Fizeau* a vu la suppuration des veines hépatiques à l'occasion d'une affection organique des canaux biliaires. (Bibliothèque médicale, tom. 38, pag. 209.)

Faut-il repousser dans l'étiologie de cette affection certaines conditions du sang, par cela seul que nous ne pouvons en donner une appréciation rigoureuse? Et ne doit-on jamais admettre que les liquides soient primitivement affectés, et puissent imprimer aux solides

certaines modifications? Nul doute pour un grand nombre de médecins éclairés, que les altérations du sang ne soient dans quelques cas le point de départ des maladies.

Symptômes.

M. *Dance* admet trois degrés dans la phlébite, ou plutôt trois périodes, qu'elle soit produite par la saignée ou par toute autre cause. Est-elle le résultat de la phlébotomie, une douleur d'abord peu intense, la tuméfaction de la petite plaie, la rénitence des parties molles voisines, l'exaltation de la sensibilité par la pression, appartiennent à la première période ; il n'y a pas encore de réaction fébrile; le malade est loin de donner à ces accidens l'attention qu'ils méritent, et demande rarement alors les secours de la médecine. Mais bientôt l'inflammation fait des progrès, elle envahit une plus grande étendue du vaisseau qui se dessine sous la peau de manière à présenter une ligne inégale, tendue, de couleur variable; c'est presque toujours en suivant le cours du sang dans la veine qu'elle se propage. Les tissus voisins participent alors assez souvent à la maladie, le tissu cellulaire principalement, et la compliquent d'une manière fâcheuse, si la suppuration, qui en est la terminaison la plus commune, vient à s'en emparer. A ces symptômes locaux se joint l'ensemble des phénomènes généraux, malaise, céphalalgie, fièvre; c'est le deuxième degré. Si l'art n'en arrête la marche dans cette période par des moyens bien entendus, la maladie revêt alors un caractère effrayant; elle n'est plus locale, elle est partout, car elle est dans le sang; le pus, en effet, sécrété par les parois enflammées du vaisseau, l'infecte en se mêlant à lui, et produit une sorte d'empoisonnement. Une nouvelle série de symptômes ne tarde pas à se montrer; les uns portent sur l'état des forces, qui sont tout à coup abattues, et sur l'intensité de la fièvre, les autres sur l'état intellectuel du malade, qui est alors singulièrement modifié; il a de la stupeur, de la rêvasserie, quelquefois un délire réel, et cet ensemble de phénomènes, donne à cette der-

nière période de la phlébite une ressemblance parfaite avec la fièvre typhoïde.

Ce que je viens de dire sur la marche de l'inflammation des veines superficielles des membres s'applique à la phlébite des veines profondes, avec cette remarque pourtant que, dans ce dernier cas, les phénomènes locaux sont moins appréciables au début, et que la maladie semble se déclarer par du malaise, des frissons, de la céphalalgie, de l'anxiété, parfois des vomissemens.

Les symptômes qui accompagnent la phlébite utérine n'ont pu être bien distingués jusqu'à présent de ceux qui sont propres à la métrite; de sorte qu'il est permis de dire que l'étude de l'inflammation de cette partie du système veineux, très-avancée sous le rapport nécroscopique, l'est bien peu quant au diagnostic. Dans l'une comme dans l'autre, en effet, c'est une sensibilité plus grande dans la région hypogastrique, la présence dans cette région d'une tumeur plus ou moins dure, arrondie, et due à la distension du globe utérin. La phlébite utérine n'est donc bien reconnue que quand elle est arrivée à la période de suppuration, lorsque les symptômes du typhus apparaissent, c'est-à-dire lorsqu'il n'est plus en notre pouvoir de conjurer l'événement fatal.

Le diagnostic de la phlébite superficielle n'offre pas de difficulté. Toutefois certaines circonstances pourraient l'embarrasser : ainsi, lorsque l'inflammation se propage en sens contraire à la marche du sang veineux, comme l'a vu M. *Breschet*, cette manière de procéder pourrait faire douter de son existence. Si l'on était inattentif, on pourrait la confondre avec celle des artères, des vaisseaux lymphatiques, et surtout croire à une affection du nerf. Dans le premier cas, c'est du point où l'artère a été lésée vers les branches que l'inflammation se dirige; dans le second, elle marche bien comme dans les veines du côté du cœur; mais ces vaisseaux lymphatiques se dessinent sous la peau, les ganglions s'engorgent, et l'œdème du membre ne tarde pas à arriver. Si c'est le nerf qui a été atteint par un instrument, la douleur suit immédiatement la piqûre, elle s'irradie avec les rameaux,

elle est instantanée, c'est un éclair de douleur, selon l'expression de Cotugno. (*Fulgura doloris.*)

Le prognostic de l'inflammation des veines doit varier selon le siége qu'elle occupe et la cause qui lui a donné naissance. Si elle affecte un point quelconque de la vie organique, elle est beaucoup plus redoutable, à cause des désordres qu'elle apporte dans les fonctions de tel ou tel organe, et du peu d'efficacité des moyens que nous avons pour la combattre. La phlébite des membres n'offre pas non plus le même caractère de gravité, selon qu'elle est due à la lésion pure et simple du vaisseau veineux ou à l'inoculation d'un principe morbide. Mais quels qu'en soient la cause et le siége, elle mérite de la part du médecin une sérieuse attention ; et l'on voit aisément que c'est moins comme inflammation que comme source d'infection. Si l'on considère, en effet, les phlegmasies des organes, même les plus importans à la vie, on ne voit pas ces phlegmasies perdre leurs caractères locaux, et s'étendre aussi promptement à l'ensemble de l'économie, parce que leurs produits, plus ou moins isolés du fluide circulant, ne l'altèrent pas aussi immédiatement.

Caractères anatomiques.

Le pus qui remplit les veines pouvant y être né, ou y avoir été introduit par absorption, il s'ensuit qu'on ne peut pas rigoureusement conclure de sa présence qu'il y a eu phlébite. La rougeur que ces vaisseaux présentent souvent, et qui est en quelque sorte le cachet de l'inflammation dans les autres tissus, ne mérite pas ici une grande confiance pour établir si elle a eu lieu ; car elle n'est le plus souvent qu'un phénomène cadavérique, d'où il suit, d'après M. *Andral*, que l'on peut établir en principe que, dans les veines encore plus que dans les artères, la seule existence de la rougeur ne peut être donnée comme preuve de l'état morbide de ces vaisseaux. Mais à ce témoignage infidèle, lorsqu'il est isolé, se joignent fréquemment des lésions de nutrition ; ainsi la membrane interne des veines est souvent ra-

mollie, plus souvent épaissie. Des perforations nombreuses ont été trouvées dans les veines; les exemples d'ulcérations sont beaucoup plus rares : *Morgagni* (epist. 53), M. *Portal* (Anat. méd.), en rapportent deux observations. Diverses lésions de sécrétions peuvent aussi se rencontrer à la suite de l'inflammation des parois veineuses; tantôt un épanchement de matière plastique, tantôt une pseudo-membrane, comme M. *Ribes* l'a vu souvent. M. *Laennec*, de l'hôtel-Dieu de Nantes, a publié, dans la Revue médicale, une observation de concrétion canaliculée contenant du pus, et flottant librement dans la veine axillaire; enfin l'oblitération, qui est peut-être la seule terminaison de la phlébite qui se concilie avec sa guérison, se remarque fort souvent, et c'est à l'obtenir que doivent tendre nos moyens thérapeutiques.

On sait qu'avec ces lésions diverses du système veineux coïncident fréquemment des engorgemens purulens dans divers organes, tels que le foie, le cerveau, les articulations, et surtout le poumon. Plusieurs physiologistes, et entre autres MM. *Magendie*, *Breschet*, *Milne Edwards*, ont cherché à se rendre raison de cette fréquence des abcès tuberculeux dans l'organe respiratoire; et des expériences sur l'exhalation pulmonaire les ont portés à regarder chaque cellule du poumon comme une espèce de pompe aspirante, attirant à elle les principes absorbés. (Répert. gén. d'Anat. et de Physiol., 1826, n°. 2.) La préférence que semble affecter la métastase purulente pour cet organe s'explique alors aisément.

Ces abcès, soit du poumon, soit des autres organes, sont-ils le résultat nécessaire de la phlébite? ou, en d'autres termes, le pus qui vient leur donner naissance est-il toujours le produit de l'inflammation des parois veineuses? Quelques médecins ne reconnaissent que cette condition à leur formation; d'autres, et MM. *Andral* et *Velpeau* principalement, ne la regardent pas comme indispensable. Le premier de ces professeurs s'exprime ainsi à ce sujet : « Le pus qui remplit les cavités veineuses peut y avoir pris naissance ou y avoir été porté, absorbé qu'il a été en un point quelconque de l'économie. »

(Précis d'Anat. pathol., pag. 408, t. 2.) M. *Velpeau*, chez plusieurs femmes mortes de métro-péritonite, a reconnu la matière putrilagineuse de l'utérus dans les sinus veineux de cet organe, et s'est assuré qu'aucune veine n'était enflammée.

Mais soit que la phlébite l'ait produit, ou qu'il ait été pris par absorption, ce pus une fois dans les veines se mêle au sang, et parvient dans les organes, qu'il peut affecter de deux manières, selon M. *Velpeau*. Le plus souvent, il les irrite par sa présence dans un ou plusieurs points, y détermine une ecchymose, une inflammation, un véritable travail de suppuration. Ce cas, le plus ordinaire, est aussi le seul qu'admette M. *Dance*. Souvent aussi l'organe n'est point affecté de la présence du pus; étranger à sa formation, il en est seulement dépositaire, sans la moindre lésion de ses élémens organiques. M. *Velpeau* a été porté à admettre cet autre mode de formation des foyers purulens, d'après de nombreux exemples d'intégrité parfaite des organes qui les présentaient.

Ces idées sur la formation des abcès dans les différens viscères ont conduit à une explication toute simple de ceux qu'on y remarque à la suite des plaies de tête, et dont on plaçait à tort le siége exclusif dans le foie. Il est bien démontré que cet organe est rarement le seul affecté dans ces circonstances. Pourquoi le serait-il de préférence? Serait-ce parce que, doué d'une sorte de puissance attractive, comme le poumon, il appelle à lui les principes morbides contenus dans le sang? Mais sa sphère d'attraction est bornée au système de la veine-porte, et il n'est guère raisonnable de lui faire exercer une influence sur les liquides qui baignent une plaie de tête. Des faits nombreux établissent que les collections dont nous parlons s'observent en même temps sur d'autres organes. Ainsi *Morgagni* ne rapporte qu'un cas où le foie seul fut malade; dans tous les autres, il vit les poumons présenter les mêmes abcès purulens; une fois il en a trouvé dans les colonnes charnues du cœur; et dans plusieurs autres, qu'il rapporte sur la foi de *Bonnet*, ces collections existaient dans plusieurs viscères abdominaux. Les veines sont donc ici, comme dans les plaies de tout

autre genre, tantôt la source du fluide irritant, produit de leur inflammation, tantôt de simples conducteurs de ce même principe qu'elles ont absorbé, et qui est ainsi porté dans les différens organes. C'est surtout dans cet ordre de métastases que l'opinion de M. *Velpeau* sur le dépôt pur et simple et sans inflammation de l'organe dépositaire, me paraît fondée. La rapidité avec laquelle ces collections ont lieu, l'absence de la douleur, inséparable de toute période inflammatoire, quel que soit l'organe qu'elle frappe, autorisent à penser qu'elles sont dues à un autre mode de formation, et que la matière qui les constitue y a été déposée toute formée avec plus ou moins de rapidité.

Traitement.

Le traitement de la phlébite semble, au premier aspect, devoir tirer ses principaux moyens de la méthode antiphlogistique, par cela seul qu'elle appartient à la classe des inflammations. Mais ici, comme le plus souvent, le résultat réfute la théorie, et il n'est que trop commun de voir les malades qu'on a soumis à toute la rigueur du traitement débilitant ne pas échapper à la mort. De cette contradiction entre les faits et la doctrine doit résulter, pour le praticien, le devoir de rechercher avec prudence un moyen moins incertain, et c'est ce qu'a fait M. *Velpeau*. Des exemples nombreux de phlébite, dont plusieurs applications de sangsues n'avaient pas arrêté la marche, lui ont inspiré l'idée que la compression pourrait avoir d'heureux résultats; et l'événement a tellement répondu à son attente, qu'il ne balance pas à la conseiller comme un moyen héroïque. On sait qu'en 1815 M. *Bretonneau* conseilla le bandage compressif contre l'érysipèle phlegmoneux et la brûlure au premier et deuxième degrés, et qu'en 1826 M. *Velpeau* publia dans les Archives une masse d'observations en faveur de ce moyen dans des cas semblables. Son application à la phlébite, proposée par *J. Hunter* sur un point seulement de la veine, rejetée par *Benj. Travers*, présentée de nouveau par MM. *Breschet* et *Villermé* comme une faible ressource, puisqu'ils lui préfèrent la

section de veine au-dessus du point enflammé (Dictionnaire des sciences médicales), était donc jusqu'à ce jour un mode de traitement tout à fait accessoire, et qu'aucun auteur ne recommande expressément. Plusieurs observations recueillies avec soin portent M. *Velpeau* à le regarder comme le moyen principal toutes les fois que l'inflammation tend à remonter vers le tronc et à gagner le tissu cellulaire ambiant. Tant qu'elle est circonscrite, peu intense, les applications de sangsues, les cataplasmes, peuvent suffire; quelquefois même il devient inutile d'y avoir recours, et des topiques froids, tels que la glace, les compresses imbibées d'un liquide résolutif, la font cesser brusquement. Voici deux observations dont M. *Velpeau* m'a rendu témoin, et qui m'ont convaincu de l'efficacité du bandage compressif; la première est rapportée dans le mémoire que ce professeur vient de publier, et dans lequel je la copie textuellement; la seconde a été recueillie à l'hôpital Saint-Antoine.

Ire. OBSERVATION.

M. C., étudiant en médecine, éprouva, trois jours après s'être piqué au médius gauche en disséquant, de l'engourdissement et de la gêne dans tout le membre thoracique de ce côté. Le lendemain, son doigt était rouge, douloureux, gonflé, et cet état commençait à envahir la main; il eut recours à l'application de vingt-cinq sangsues sur ce dernier point. Je le vis le troisième jour; toutes les vienes du métacarpe étaient d'un rouge pourpre; celles de l'avant-bras, un peu moins dures et moins douloureuses, étaient cependant aussi très-vivement enflammées; la phlegmasie avait déjà dépassé le coude; la fièvre était forte, le pouls battait cent fois; tout le tissu cellulaire du doigt et du poignet participait à l'inflammation : je proposai la compression, qui fut acceptée avec quelque répugnance. Quoique le médius seul fût fortement gonflé, je me servis cependant du gantelet pour plus de sûreté; j'appliquai ensuite la bande roulée depuis l'articulation métacarpo-phalangienne

jusqu'à l'épaule, avec toute l'exactitude possible; il ne survint aucune exacerbation. Le soir, la douleur, la chaleur et la fièvre ont considérablement diminué; on imbibe le bandage d'un mélange d'eau-de-vie et d'eau commune pour le resserrer, sans être obligé de l'enlever et de le déplacer.

Le quatrième jour au matin, plus de fièvre; M. C. vient lui-même chez moi pour se faire panser. L'érysipèle avait disparu du bras et d'une grande partie de l'avant-bras; cependant toutes les veines superficielles de ce point du membre, comme aplaties, étaient représentées par des raies rouges légèrement douloureuses, et à la main le gonflement était encore assez marqué. Le même traitement fut continué le cinquième et le sixième jours. Le septième, il ne restait plus qu'un peu d'empâtement au doigt primitivement affecté, et dès le huitième, M. C., complètement guéri, cessa l'emploi du bandage.

II^e^. OBSERVATION.

Un homme d'environ quarante-cinq ans, d'une assez bonne constitution, entra dans les premiers jours de mai dernier à l'hôpital Saint-Antoine, portant une tumeur variqueuse située à la partie interne et inférieure de la cuisse. On excisa cette tumeur, et le lendemain de l'opération, le malade accusa de la sensibilité le long de la veine saphène; les parties voisines offraient un peu de tension; on appliqua vingt-cinq sangsues sur le trajet de la veine. Loin de céder à ce moyen, les symptômes locaux augmentèrent; le bout inférieur de la veine se dessina sous les ligamens, le tissu cellulaire environnant commençait manifestement à s'enflammer, le malade avait de la fièvre. Vingt-cinq nouvelles sangsues furent appliquées sans un meilleur résultat. Deux autres applications n'ayant pas empêché les progrès rapides de l'inflammation, M. *Velpeau* ordonna d'employer le bandage compressif; le malade accusa d'assez vives douleurs pendant quelques heures, et le lendemain il n'y avait

pas encore d'amendement notable dans son état. Craignant qu'on n'eût pas mis toute l'attention convenable à l'application du bandage. M. *Velpeau* l'enleva, reconnut deux petits abcès à la partie supérieure de la jambe, les ouvrit, et entoura le membre depuis les orteils jusqu'auprès de l'aine du même bandage roulé, serré modérément, et exerçant autant que possible une égale constriction sur tous les points. Dès-lors, la marche progressive des accidens fut arrêtée, les douleurs devinrent moins vives, la tuméfaction diminua peu à peu, en même temps la fièvre tomba, et peu de jours suffirent à la parfaite guérison du malade.

M. *Velpeau* attache la plus grande importance à la manière dont le bandage est appliqué, et pense que son action bonne ou mauvaise dépend presqu'en entier de la main qui le dirige.

On voit que ce moyen, précieux contre la phlébite des membres, ne saurait être employé contre la phlébite interne, et qu'il faut ici recourir à d'autres agens. Plusieurs médecins, après avoir pratiqué une ou plusieurs émissions sanguines, selon l'état des forces, ont eu souvent recours avec succès aux purgatifs, aux frictions mercurielles. Sans doute de pareils faits ont de quoi étonner les partisans exclusifs de la doctrine; mais quand les moyens qu'elle conseille restent inefficaces, et qu'on voit s'affaiblir les malades, sans diminution de la maladie, doit-on, pour lui rester fidèle, rejeter des moyens qui ont réussi souvent? Toutefois ils ne doivent être regardés que comme accessoires, et l'on agirait d'une manière empirique en leur accordant la préférence au début du traitement, qui n'est autre au surplus que celui de la métrite, avec laquelle, ainsi que je l'ai dit précédemment, la phlébite utérine a une telle ressemblance, que nous manquons d signes certains pour en faire la différence.

La prophylaxie de la phlébite réclame quelques soins qu'il est bon de ne pas négliger. C'est ainsi qu'à la suite des amputations il serait prudent, ainsi que M. *Richerand* en a l'habitude, de soumettre le membre à une compression exacte et modérée, et de réunir immé-

diatement toutes les fois que la chose est possible. Les lancettes qu'on destine à la saignée ne devraient jamais servir que pour cette opération, leur malpropreté étant une cause fréquente de phlébite ; et lorsqu'il est besoin d'une nouvelle émission sanguine, il est préférable d'ouvrir la veine une seconde fois et dans un autre point, l'écartement brusque par lequel on rompt la cicatrice de la petite plaie étant beaucoup moins innocent que la piqûre.

L'inflammation des veines utérines, beaucoup plus grave que celle des membres, doit être prévenue avec plus de soins encore. C'est en éloignant toutes les causes de lésion de l'utérus, en facilitant l'accouchement, en s'abstenant de tractions forcées sur le cordon pour extraire le placenta, dans la crainte qu'il ne soit pas encore décollé ; enfin en recommandant aux accouchées de garder le repos plus longtemps qu'elles n'ont coutume de le faire, et d'éviter tout écart de régime, qu'on atteindra ce but.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Quibus per circuitus exacerbantur, nihil, dato, neque cogito, sed de appositione detrahito ante judicationes. *Ibid.*, *aph.* 19.

III.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

V.

Morborum alii ad alios benè aut malè se habent; et ætates quædam ad tempora, et regiones, et victus. *Sect.* 3, *aph.* 3.

DISSERTATION

N°. 172.

SUR

LES FRICTIONS SÈCHES,

ET SUR LEUR EMPLOI EN MÉDECINE;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 *août* 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR FRÉDÉRIC-ARTHUR DELAMARE, de Nantes,

Département de la Loire-Inférieure.

Frictio, si vehemens sit, durari corpus; si lenis, molliri; si multa, minui; si modica, impleri.

HIPP.

Il faut beaucoup de connaissances pour faire avec succès les choses qui paraissent les moins importantes.

LOUIS.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Suppléant.*

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux, *Suppléant.*
Gaultier de Claubry, *Examinateur.*	Rullier.
Géhardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

Souvenir et regrets.

A MA MÈRE.

Amour filial.

A MON ONCLE P. DELAMARE,

Chanoine titulaire de la cathédrale de Nantes.

Attachement et reconnaissance.

F.-A. DELAMARE.

A MONSIEUR

FOURÉ,

Docteur en médecine ; Directeur de l'École de médecine de Nantes ;

MON PREMIER MAÎTRE.

Faible hommage de respect et de gratitude.

F.-A. DELAMARE.

DISSERTATION

SUR

LES FRICTIONS SÈCHES,

ET SUR LEUR EMPLOI EN MÉDECINE.

Dans l'exercice d'une science aussi difficile que la médecine, le praticien ne doit rien négliger pour assurer ses succès. Si la minutie est quelquefois avantageuse dans l'application des moyens chirurgicaux, elle ne doit pas être entièrement rejetée de la pratique médicale; souvent l'addition d'un moyen, en apparence insignifiant et d'une utilité secondaire, favorise beaucoup l'action d'autres principes, et rend leurs effets plus efficaces.

Parmi ces moyens, on peut sans contredit placer au premier rang les frictions sèches. Très-employées chez les anciens, qui leur avaient même attaché une importance exagérée, elles ont, par un excès contraire, presque entièrement été abandonnées des modernes; une telle négligence est plus condamnable que l'abus des anciens. Si ceux-ci généralisaient trop leur emploi, du moins n'en résultait-il pas de désavantages marqués, et ne se privaient-ils pas, comme ceux-là, d'une pratique dont la thérapeutique peut tirer de bons résultats.

Si nous jetons, en effet, les yeux sur l'organe auquel elles sont le plus immédiatement appliquées, nous verrons dans la peau, 1°. un organe de sensibilité des plus étendus, puisque nous percevons par tous ses points la sensation du tact; 2°. un organe d'absorption, comme nous le démontrent les substances qu'on met en contact avec elle; 3°. un organe de sécrétions nombreuses, telles que celles de la transpiration vaporeuse et liquide, de l'humeur sébacée, de l'épiderme, des substances pileuses et cornée. Pour être à la fois le siége de fonctions si nombreuses et si importantes, il faut qu'un grand nombre de nerfs viennent s'y rendre, qu'une circulation capillaire des plus actives s'y effectue continuellement.

Si la peau est intéressante sous le rapport de ses fonctions, elle ne l'est pas moins sous celui des sympathies qui la lient aux organes intérieurs.

Ses connexions avec le système nerveux, les réactions qu'ils ont l'un sur l'autre, leur font apporter des modifications non-seulement à leurs propres fonctions, mais encore à celles des autres.

La quantité de sang qui, dans un temps donné, parcourt les nombreux capillaires de son tissu ne doit pas être sans influence sur la circulation générale.

Enfin, les nombreuses sécrétions dont elle est le siége ont sur la nutrition et les sécrétions internes des influences incontestables.

De cette relation de nos organes entr'eux résulte, selon l'expression de M. *Andral*, une solidarité qui les tient sous la dépendance les uns des autres; et de ces organes, celui qui a les fonctions les plus étendues et les plus nombreuses est le plus influent. Aussi on peut dire qu'aucune des fonctions de la peau ne peut être impunément lésée; que le moindre dérangement dans ses fonctions doit exercer une influence plus ou moins marquée sur notre économie. De son état d'intégrité parfaite résulte donc une grande chance de santé. Voilà pour l'hygiène. Des modifications qu'on peut apporter à ses fonctions, il en doit résulter de grandes pour celles des autres organes.

Voilà pour la thérapeutique, double point de vue qui nous servira plus tard.

D'après cet aperçu, quelque rapide et quelque incomplet qu'il soit, on pourra juger de la puissance des moyens que l'on fera agir par son intermédiaire, et de tous les avantages qu'on pourra en tirer en thérapeutique. Nous allons successivement passer en revue les frictions, d'abord en général, puis dans leur application à l'hygiène et à la thérapeutique. D'abord un mot sur leur histoire, en commençant par leur définition.

J'entends par *frictions sèches* l'action de stimuler la peau mécaniquement avec la main nue ou garnie d'un corps n'ayant par lui-même aucune influence sur l'organe. Leur origine, si on en croit certains auteurs, remonte presque jusqu'à celle de la médecine ; mais avant *Hippocrate*, elles n'étaient employées que comme moyen hygiénique. Ce n'est qu'à dater de cette époque de la médecine qu'elles furent employées et comme agent hygiénique, et comme agent thérapeutique. Enfin les modernes ne les emploient plus que comme thérapeutique, et encore n'en font-ils usage que pour l'application de certains médicamens externes, notant l'action de ce dernier, sans tenir compte des effets que le mode d'aministration peut avoir par lui-même, n'en faisant qu'un moyen passif, sans considérer ce qu'il peut avoir d'actif.

Les frictions ont subi de nombreuses distinctions, suivant les différens auteurs qui en ont parlé. D'abord, d'après leur étendue, on les a distinguées en *locales* et en *générales*, suivant qu'on les pratique sur tout le corps ou sur une seule de ses parties. Cette distinction n'est pas sans intérêt, en ce que son mode d'action n'est pas le même ; nous verrons ailleurs la différence d'avantages qu'on en peut retirer. Les anciens, et surtout *Galien*, semblaient attacher une grande importance au sens dans lequel on les faisait ; de là la division adoptée par ce célèbre auteur de *transversum*, *subtransversum*, *rectum*, *subrectum* et *obliquum*, dont il avait fait même tracer les figures dans son ouvrage. *Ambroise Paré*, même, ne paraît pas dédaigner complète-

ment cette distinction, quand il dit, en citant une observation où il la fit pratiquer avec un succès remarquable, qu'on la fit *de haut en bas, de bas en haut, à dextre, à senestre, en rond, et fort longuement.* Les auteurs grecs, surtout ceux qui s'occupaient de gymnastique, les avaient divisées par rapport à ces exercices, en *préparatrices*, ou *paracevastiques*, et en *restaurantes* ou *apothérapeutiques*, distinction qui prouve l'importance qu'ils y attachaient, et les différens modes d'action qu'ils leur attribuaient. Mais la division qui nous paraît la plus rationnelle est celle établie par *Hippocrate*, et qui est basée sur la manière dont elles étaient faites, c'est-à-dire la force et le temps. De ces modifications d'exécution, il tirait des conclusions thérapeutiques toutes différentes ; ainsi elles étaient tour à tour toniques et émollientes, atténuantes ou fortifiantes. Aussi des auteurs minutieux s'appuyant de ce précepte du père de la médecine, et voulant enchérir sur lui, avaient établi neuf différentes espèces de frictions. Prenant pour base de leur division l'intensité, ils les faisaient *fortes*, *modérées* et *faibles*, et ils subdivisaient chaque espèces en trois, d'après le temps qu'on la prolongeait, *longues*, *médiocres* et *courtes ;* enfin, d'autres encore plus scrupuleux, y ajoutèrent la distinction de *vives* et *lentes*. Mais toutes ces divisions, purement scolastiques, ne peuvent trouver une application rigoureuse dans la pratique, puisque, la plupart du temps, elles sont relatives. En effet, telle friction modérée pour un homme sera forte pour une femme ou un enfant, et faible pour un vieillard ; telle friction sera différente selon que la partie est plus ou moins délicate, etc. D'ailleurs sont-elles tellement distinctes qu'on puisse dire, on finit l'une et on commence l'autre. La friction modérée long-temps prolongée finira par devenir forte, et ainsi des autres ; les degrés différens sont indéterminables, depuis la simple titillation de l'organe tégumentaire jusqu'à son excoriation. C'est donc au médecin à modifier ce moyen selon la circonstance et le sujet, d'autant plus que son application ne nécessite pas une exactitude mathématique, que semblerait comporter une classification aussi minutieuse. Enfin des auteurs plus modernes les ont considérées,

selon les circonstances dans lesquelles on peut les employer, en *hygiéniques* et en *thérapeutiques ;* c'est sous ce double point de vue que nous allons les examiner, notant avec soin les différentes modifications qu'on devra apporter à leur emploi dans les différens cas auxquels elles sont applicables. Mais, avant d'entrer dans ces considérations particulières, il nous semble convenable pour éviter les répétitions, qui ne manqueraient pas d'arriver, d'étudier quel peut être le mode d'action des frictions, et les différens effets qu'on en peut retirer selon les diverses modifications qu'on apportera à leur pratique.

Si on frotte une partie quelconque du corps, on ne tardera pas à éprouver dans le lieu frictionné un développement de chaleur dont la sensation n'est pas sans agrément. Peu à peu la rougeur se prononce ; une tuméfaction légère se fait remarquer ; elle persiste dans cet état pendant un certain temps. La partie est dans une disposition propre à la transpiration ; elle offre un état assez analogue à celui qu'elle présenterait à la sortie d'un bain ou à la lévée d'un cataplasme. Si la friction est portée au-delà de ce degré, la sensation agréable qu'on éprouvait change ; la chaleur passe à une cuisson âcre, qui peut aller jusqu'à la douleur ; la rougeur deviendra violacée ; l'intumescence se dissipera. Cette disparition de la tuméfaction avait été bien remarquée par *Hippocrate* et par *Galien*, quand, en parlant des frictions douces et des fortes, le premier dit : *Primum attollitur, deindè fit gracilis*, idée émise à peu près dans les mêmes termes par le second : *Primum attollitur, postea contrahit.* Si enfin la friction est continuée pendant un espace de temps suffisant, la peau pourra en être excoriée. Ces différens degrés seront produits plus ou moins promptement selon que les frictions seront pratiquées avec plus ou moins de force.

Dans ces différens degrés, nous voyons les diverses fonctions de la peau subir des modifications remarquables. D'abord elle est légèrement influencée ; elle devient plus douce, plus sensible, plus apte à remplir ses fonctions. Bientôt son activité augmente, son innervation,

sa circulation, sont portées au-dessus de leur type normal ; il y a mouvement fluxionnaire dans la partie ; et cet état persistera plus ou moins selon le degré auquel on le porte, et s'y fixera même, si on persiste jusqu'à la désorganisation de l'épiderme, de telle sorte qu'on pourrait réduire les frictions à trois espèces, ou plutôt à trois degrés : 1°. simple stimulation, 2°. rubéfaction, 3°. excoriation : rarement on aura recours à ce moyen extrême, d'autres procédés pouvant remplir le même but. Examinons maintenant les frictions d'une manière plus spéciale dans leur application. Voyons d'abord quel parti peut en tirer l'hygiène.

Application hygiénique des frictions sèches.

C'est dans l'étude des anciens que nous devons chercher les avantages de l'application hygiénique des frictions. Une expérience journalière pendant une longue suite d'années leur avaient fait tirer de ce moyen tout le parti convenable. Ils les faisaient toujours précéder les exercices gymnastiques, et *Galien* pensait qu'on ne pouvait s'y livrer sans danger : *Sin sensim prius calefaciendo et solidas ipsas præmolieris, et humores tenuaveris, et exiguos metas laxaveris.* Si les dangers que *Galien* semble attacher à leur omission sont exagérés, on ne peut se dissimuler que l'on perd beaucoup en les négligeant, sous le rapport de la souplesse qu'elles donnent aux muscles, de l'élasticité qu'elles impriment aux articulations, et de la plus grande perméabilité qu'elles procurent à la peau ; et, en effet, ils la produisaient en usant de frictions douces au premier degré, que nous avons indiquées, conformément au précepte d'Hippocrate : *Si lenis molliri.*

Si on examine ce qui se passe pendant nos mouvemens, on verra la peau doublement excitée dans ses fonctions : intérieurement par la contraction et le relâchement continuel des muscles ; extérieurement par le frottement des vêtemens ou le contact des courans d'air. De plus, les articulations, par leurs mouvemens, occupent sans cesse les absorbans et les exhalans à exécuter leurs fonctions. Ces diffé-

rens stimulus, qui ne sont pas sans influence sur la circulation capillaire, sont entièrement annulés par l'état de repos. On voit donc que les frictions, en agissant de la même manière que l'exercice, produisent les mêmes avantages, et peuvent suppléer à son défaut ; aussi les anciens connaissaient tellement cette identité, qu'ils en recommandaient l'usage aux personnes qui, pour des raisons quelconque, ne pouvaient se livrer aux exercices gymnastiques.

Ils ne bornaient pas l'emploi de ces frictions au commencement de ces jeux; ils les pratiquaient avec autant de soin à la fin : leur but alors était de nettoyer la peau en enlevant la sueur et les corps étrangers qui auraient pu s'y appliquer. *Ambroise Paré* en recommande surtout l'usage en cette circonstance. *Ladite friction*, dit-il, *expurge, nettoie et sèche la sueur et autres excrémens qui sont entre cuir et chair, et prohibe la lassitude.* Outre l'avantage d'enlever la sueur, dont l'évaporation brusque pourrait causer un refroidissement trop prompt et fâcheux, les frictions à la fin d'un exercice violent ont de plus l'avantage de tenir encore pendant quelque temps la peau dans un état d'excitation qui s'oppose à la cessation brusque de son action en la faisant diminuer graduellement.

Si les frictions sèches présentent de grands avantages à ceux qui se livrent à des exercices violens, c'est surtout à ceux qui sont placés dans les circonstances contraires que leur usage peut être utile. Combien de maladies se développent sous l'influence d'une position trop sédentaire! et, pour en prendre un exemple, si nous examinons les gens de lettres, quelles influences fâcheuses n'ont pas sur leur constitution la concentration des forces vitales sur le cerveau, l'exaltation des facultés intellectuelles, la privation d'exercice, et par conséquent des fonctions de la peau? Si on faisait entrer dans leur hygiène l'usage des frictions, on remédierait à ces inconvéniens; la stimulation extérieure ferait cesser cette congestion presque continuelle du cerveau; et cette oscillation de l'intérieur à l'extérieur, et de l'extérieur à l'intérieur, ne serait peut-être pas sans avantage; la transpiration cutanée en se-

rait plus active, avantage de plus à ajouter aux autres. Appliquées à certains artisans, elles pourront remédier aux influences défavorables auxquelles ils sont soumis ; de plus, elles pourront modifier ces différences de proportions remarquables qui s'observent chez ceux qui exercent exclusivement une partie. En effet, plus une partie agit, plus la nutrition y est active ; et cette nutrition doit nécessairement se faire aux dépens des autres parties. L'emploi des frictions suppléant au défaut d'action de celles qui ne sont pas exercées, fait une répartition plus juste de la nutrition.

Si les frictions sèches sont susceptibles de rendre des services signalés à ceux que leur génie ou l'industrie place dans des circonstances défavorables à la santé, elles n'en rendent pas de moins signalés à ceux qui usent avec peu de modération de leurs facultés digestives. Les excès dans la bonne chère et l'oisiveté ne sont pas sans exercer une influence fâcheuse sur l'économie. Les élémens nutritifs mal digérés se concentrent dans les environs des organes les plus en activité ; de là ces empâtemens, ces obésités ; ou bien les organes, trop exclusivement stimulés, élaborent mal ces élémens et les expulsent par les excrétions alvines : de là ces amaigrissemens qui vont jusqu'au marasme. Quels avantages ne retirera-t-on pas de ces frictions administrées avec jugement et sagacité ! Chez les uns, activant les organes de la périphérie et leurs sécrétions, elles feront diversion à l'excès de nutrition interne ; et les viscères, débarrassés de leur superflu, n'en exécuteront que mieux leurs fonctions. Pour parvenir à ce but, il faudra tenir fréquemment en action ces parties externes, pour détourner la tendance qu'ont les parties internes à prédominer. Il faudra pour cela faire des frictions fréquentes, et par là on pourra trouver la vérification de ce précepte du père de la médecine : *Si multa minui.* Chez les autres, la contre-stimulation exercée à la périphérie du corps diminue l'irritation intérieure, rapproche davantage les organes digestifs de leur type normal ; l'élaboration se fait d'une manière plus convenable, la nutrition s'en effectue mieux, les excrétions se font

dans de plus justes proportions, et le sujet reprend son embonpoint. Dans ce cas, nous pouvons dire, avec Hippocrate : *modica impleri*, proportionnant le moyen à l'état de faiblesse du sujet.

Les anciens Romains nous présentent une autre application de frictions : ils ne les omettaient jamais à la sortie du bain ; et plusieurs voyageurs rapportent que les Égyptiens ne manquent pas de les employer dans les mêmes circonstances. Nous les retrouvons encore en vogue de nos jours chez les Russes ; et c'est sans doute à cette pratique qu'ils doivent l'avantage de pouvoir se rouler impunément dans la neige à la sortie de leurs étuves.

Les Groënlandais et les Lapons les emploient habituellement pour donner à leurs tégumens une force capable de résister à la rigueur de leur climat. Chez des peuples voisins de nous, on en voit encore des traces, mais chez quelques particuliers seulement. Des Hollandais et des Anglais appréciant la fâcheuse influence de l'atmosphère froide et humide qui les entoure continuellement, ont la louable habitude de se faire frictionner tous les jours. Cette pratique, en favorisant la transpiration cutanée, paralyse l'influence délétère de l'air ambiant, et leur donne moins de facilité à absorber les miasmes qui pourraient se former autour d'eux. C'est dans cette dernière indication que M. *Des Genettes*, pendant la peste d'Orient, les employait, comptant, dit-il, plus sur leur action que sur celle des onctions qu'il faisait pratiquer en même temps.

Aux différentes époques de la vie, l'application hygiénique des frictions conviendra, mais avec des modifications appropriées. Chez tous les peuples, on voit les frictions pratiquées sur les enfans dès le moment de leur naissance. Cette coutume présente de grands avantages ; elle dépouille la peau de l'enduit sébacé qui la recouvre, et qui cède difficilement à de simples lotions. Elle facilite la chute de l'épiderme, qui a toujours lieu dans les premiers jours de la vie. Elle rend la peau plus apte à remplir ses fonctions ; elle donne à la nutrition une direction périphérique qui favorise le développement. Elle trouvera une application précise dans les lieux où sont réunies les circonstances

propres à développer les goîtres, le scrophule, le carreau, et les autres diathèses tuberculeuses. Ces frictions devront être courtes, molles, fréquentes, appropriées à la délicatesse de la peau des enfans, que le plus léger manque de précaution suffit souvent pour excorier. Faites sur tout le corps, avec les soins convenables, en imprimant aux membres de l'enfant des mouvemens en différens sens, elles ne manqueront pas de le fortifier

Dans les âges suivans de la vie, cette pratique sera non moins utile dans les diverses circonstances et pour les raisons que nous avons développées au commencement de ce chapitre. Nous nous dispenserons donc de les énumérer ici. Nous dirons seulement, avec Galien : *Procedente tempore quandò jam nobis fit adolescens, tum verò duriorè frictione utemur.*

Enfin chez les vieillards, leurs avantages seront incontestables, si on fait attention à la sécheresse et à la dureté de la peau. Rendant à cet organe sa souplesse et sa perméabilité, on aura moins à redouter les congestions sur les principaux viscères; mais aussi, proportionnant l'intensité des frictions à l'état obtus de la peau, qu'un long usage a rendue moins sensible, elles seront plus fortes et plus longues que chez les autres sujets.

C'est à cette pratique exercée pendant toute sa vie, qu'au rapport de *Suétone*, l'empereur Vespasien dut sa longévité. De nos jours, un homme non moins célèbre, Napoléon, avait l'habitude de se faire frictionner journellement par son valet-de-chambre armé d'une brosse. On prétend aussi que Voltaire usa toute sa vie de ce mode hygiénique.

Enfin, cette pratique ne pourrait-elle pas entrer dans les règles hygiéniques relatives à l'acclimatement? Il est évidemment prouvé que le passage d'un pays chaud à un froid est une des causes les plus fréquentes de la phthisie pulmonaire, comme le prouvent les ravages que fait cette maladie sur les habitans des pays chauds qui passent en Europe, influence qui s'étend jusque sur les singes, dont la plus grande partie y succombe dans nos climats. Dans ces cas, l'usage des

frictions sèches établirait, pour ainsi dire, une transition entre ces deux extrêmes, et en rendrait les effets moins fâcheux.

Pour terminer ce que nous avons à dire sur les frictions considérées hygiéniquement, nous rapporterons, sans en tirer aucune induction, l'état actuel de la science et le manque d'expérience ne me permettant pas de faire des recherches à ce sujet, et un fait d'une telle importance méritant une réunion de cas plus nombreux; nous rapporterons, dis-je, une observation faite il y a plusieurs années par MM. *De La Peyna* et *Ribes*, médecins à Madrid, d'un fait dont ils disent avoir été témoins. C'est l'apparition de rayons lumineux sur la tête de certains moines complètement habillés de laine. Ce phénomène, apparent dans l'obscurité pendant un temps sec, est rapporté par ces deux professeurs à l'électricité que le frottement de la laine sur la périphérie du corps développe chez ces hommes. Ce fait peut être rangé dans la classe de ceux auxquels on ne peut apporter qu'une croyance individuelle, ne pouvant les admettre ni les rejeter, et nécessitant un doute jusqu'à ce que la publicité ou l'expérience permette d'en juger. Je ne présente donc ce fait que comme méritant d'être vérifié, dans un moment surtout où les phénomènes électriques et magnétiques occupent l'attention d'un grand nombre de physiologistes.

Application thérapeutique des frictions sèches.

Pour étudier avec soin les applications thérapeutiques des frictions sèches, nous allons passer en revue les différentes affections où leur emploi peut présenter quelque utilité. Nous nous appuierons des faits cités par les grands maîtres de l'art, tant chez les anciens que parmi les modernes; nous rapporterons ce que l'expérience a pu nous mettre à même d'observer pendant le cours de nos études, et nous nous permettrons quelques observations sur les cas où elles nous paraîtraient d'une application utile, soient qu'elles n'aient pas été employées dans ces circonstances, soit que l'ayant été, les faits ne soient

pas parvenus jusqu'à nous. De la masse de ces différentes applications, nous déduirons des règles générales, qui seront la conclusion des faits que nous allons rapporter.

Dans un grand nombre de maladies inflammatoires nous trouvons leur application utile; mais elles seront insuffisantes dans celles dites *aiguës*, qui nécessitent toujours un traitement actif. Ce n'est donc guère que dans les inflammations chroniques que l'on pourra les employer avec espoir de succès. Cette stimulation à la périphérie sur un organe aussi étendu et aussi actif que la peau ne manquera pas de faire une dérivation qui diminuera l'état de fluxion continuelle dans lequel se trouve l'organe affecté; mais c'est avec persévérance qu'on devra les employer. Dans la marche de ces maladies, il semble que la nature nous guide sur notre manière d'agir. C'est en l'imitant, en agissant comme elle avec obstination, qu'on parviendra à la vaincre. *Hippocrate* semble avoir vérifié ce principe, quand il dit dans ses aphorismes : « *Attenuata longo tempore corpora lente reficere oportet.* » A l'appui de ce que nous venons de dire sur l'emploi des frictions sèches dans les phlegmasies chroniques, nous nous appuierons de ce que dit M. *Broussais* en parlant de ces maladies; il regarde cette stimulation périphérique comme très-avantageuse pour donner de l'énergie aux capillaires de la circonférence, et débarrasser les viscères des fluides qui les surchargent. Il les conseille surtout chez ceux qui ont habituellement la peau sèche et les extrémités froides. Il la place dans cette série d'antiphlogistiques qui ne combattent point directement la phlogose locale, mais augmentent la somme des forces dans les vaisseaux capillaires plus ou moins éloignés du lieu souffrant. Partant de ce principe, il en conseille l'usage dans la pleurésie, le catarrhe pulmonaire chronique, etc. C'est aussi sans doute dans cette indication que *Celse* les conseille dans les catarrhes chroniques, et notamment dans le coryza. Les mêmes effets avantageux pourront en être tirés dans les diarrhées chroniques, les leucorrhées, surtout celles qui sont constitutionnelles, ou la suite d'un exanthème répercuté, ou celles qui se sont développées sous l'influence d'un climat froid et

humide, circonstances que nous avons rapportées aux applications hygiéniques.

Dans tous ces cas les frictions sèches pourront être regardées comme un fort bon dérivatif, et d'autant plus avantageux qu'il est plus général et moins vif, et par conséquent qu'on a moins à craindre une réaction fâcheuse sur le cerveau.

Dans cette dérivation salutaire, on ne peut méconnaître l'instinct souvent irréfléchi qui nous porte à pratiquer nous-mêmes des frictions sur la partie qui nous cause quelque douleur, frictions que nous proportionnons toujours avec l'intensité du mal que nous ressentons.

C'est dans cette indication que le malade atteint de la goutte, d'un rhumatisme ou d'une sciatique, etc., cherche à calmer ses souffrances en se frictionnant ou se faisant frictionner. Pour rendre cette stimulation de la peau plus prompte et plus active, il s'approche du feu, il se sert de flanelles chaudes, et le médecin, conduit par l'expérience et le raisonnement, le confirme dans son idée, et l'encourage à y persévérer.

Les frictions sèches peuvent trouver un emploi avantageux pour favoriser l'apparition d'une affection éruptive. En cela, elles agissent en stimulant la partie, et en y fixant le mouvement fluctionnaire. *Mercurialis*, dans son traité *De morbus puerorum*, les regarde comme des plus utiles pour favoriser l'éruption de la variole, de la scarlatine ou de la rougeole. Non-seulement elles pourront convenir dans ce cas pour les enfans; mais rien n'empêche qu'elles ne produisent le même effet chez les adultes. Le même moyen pourra réussir si la répercussion de ces maladies donnait lieu à une série de symptômes alarmans, et qu'il fût urgent de les rappeler au dehors.

Toutes les autres affections de la peau, telles que les dartres, les érysipèles, etc., dont la rétrocession peut mettre la vie du malade en danger, trouvent dans les frictions un moyen aussi efficace que prompt de les arracher du lieu qu'elles occupent pour les fixer sur leur siége primitif. C'est ainsi que l'on cite des ophthalmies produites par la ré-

percussion d'un exanthème cesser à la réapparition de cet exanthème sous l'influence de frictions locales pratiquées sur le lieu primitif de l'affection. M. *Alibert* conseille encore les frictions dans plusieurs de ces maladies, qu'il a désignées sous le nom de *dermatose*, dans le but de changer le mode d'irritation.

C'est non-seulement dans les répercussions des maladies de la peau qu'elles conviennent; elles trouvent aussi leur application dans les métastases de certaines autres affections. Ainsi un rhumatisme, une goutte, une sciatique, etc., disparaissent tout à coup. Un organe important se prend, rappellez par des frictions la maladie à son siége primitif, vous faites cesser les accidens. *Louis* cite un fait qui vient à l'appui de ce que nous avançons. Une goutte dont la disparition avait compromis les jours du malade, fut rappelée sous l'influence de frictions pratiquées depuis les pieds jusqu'à la moitié des cuisses, avec une flanelle douce, de trois heures en trois heures, pendant un quart d'heure chaque fois.

Les hémorrhagies, qu'elles soient déclarées ou qu'elles ne soient qu'imminentes, peuvent en recevoir une influence avantageuse; mais c'est seulement dans celles dites *actives* qu'elles auront les effets les plus marqués. Ainsi, dans une épistaxis, une hémoptysies, une hématémèse, elles opéreront un changement salutaire dans la direction du sang, en s'opposant à sa concentration sur un point de l'économie.

Nous sommes amené naturellement à parler du flux menstruel, dont les nombreuses altérations ont une influence si marquée sur la santé de la femme. Il peut recevoir des modifications remarquables d'une administration raisonnée des frictions. Ainsi a-t-il de la peine à paraître chez une jeune fille non encore réglée, par une cause quelconque a-t-il cessé brusquement pendant son écoulement, son peu d'abondance a-t-il donné lieu à des accidens, a-t-il pris une direction anormale, des frictions sèches, pratiquées en temps convenable sur les extrémités inférieures, principalement aux cuisses, provoqueront, rappelleront, augmenteront, régulariseront leur cours.

Ambroise Paré en recommande spécialement l'usage dans les deux premiers cas. Par un mode d'action analogue, si le flux est trop abondant ou trop long-temps prolongé, les frictions sur les parties supérieures modéreront leur intensité. Les mêmes applications pourraient avoir lieu pour les hémorrhoïdes.

Les frictions sèches pourront aussi s'appliquer pour apporter des modifications aux sécrétions des membranes séreuses. Plusieurs auteurs en ont conseillé l'usage dans l'ascite; ce moyen pourrrait aussi bien être employé que tous ceux qu'on administre dans ce cas pour stimuler les diverses sécrétions de l'économie, tels que les diurétiques, les sudorifiques, etc. De plus, combinées à ces moyens, elles en favoriseront puissamment l'action.

Mais c'est surtout dans les cas d'hydrartroses qu'elles ont une influence marquée. J'ai été plusieurs fois témoin de la résorption complète du liquide contenu dans l'articulation qui avait résisté à des applications de vésicatoires, de moxas, et qui s'effectua sous l'influence de frictions locales pratiquées avec soin et persévérance.

L'œdème dépendant d'un défaut d'activité de la circulation veineuse et lymphatique pourra trouver dans ce moyen la cessation de la cause. Aussi *Ambroise Paré* la conseille pour dissiper l'œdème qui se forme autour des articulations des goutteux et les fortifier. On les a préconisées pour dissiper ces engorgemens et ces roideurs qui persistent quelquefois un temps fort long dans les articulations à la suite d'entorses, de rhumatismes articulaires, d'une violente fatigue. Pratiquées sur la partie affectée elles raniment l'absorption et l'exhalation, et font cesser la stase des fluides.

Elles peuvent aussi trouver leur application dans l'espèce d'ankylose désignée sous le nom de *fausse*, quand elle reconnaît pour cause un repos prolongé, comme à la suite du traitement d'une fracture, d'une plaie, etc., il y a disparition de l'exhalation de la synovie, atrophie de l'articulation, roideur des ligamens et des tendons, engorgement des parties molles circonvoisines. Ce procédé, préconisé dans ces cas par *Petit*, a été plusieurs fois mis en usage par lui avec suc-

cès. Il pense que les frictions peuvent suppléer aux mouvemens dont la partie a été privée pendant tout le temps du traitement, et que si elles ne suffisent pas pour résoudre la synovie qu'il prétend y être épanchée, et dissiper le gonflement articulaire, elles servent au moins à assurer l'effet des autres moyens tendant à faire cesser la maladie.

A la suite d'une longue inaction d'une partie, comme dans le traitement d'une plaie quelconque, ou après une compression exercée pendant long-temps par un bandage, comme dans une fracture, la libre circulation des fluides étant entravée, la partie tombe dans un état d'amaigrissement qui va quelquefois jusqu'à l'atrophie. C'est dans ce cas que l'on peut retirer les plus grands avantages des frictions sèches. Joint à l'activité d'action qu'elles feront éprouver à la circulation et à la nutrition, elles contribueront à détacher de la peau ces exfoliations de l'épiderme qui recouvrent toutes les parties qui ont long-temps séjourné dans un bandage. Par là elles rendront la peau plus souple, plus douce, plus perspirable et plus apte à exécuter ses fonctions. Les muscles, aplatis, et pour ainsi dire collés les uns aux autres, se contracteront légèrement, et ne tarderont pas à prendre leur forme, leur action et leur énergie, *John Follinus*, *Bâcon de Vérulans* en citent des observations, et nous nous appuierons du témoignage d'*Ambroise Paré*, qui dit, en parlant de la friction molle : *Elle fait augmentation d'aliment et nutrition, à cause qu'elle retient le sang et les esprits qui ont été par icelle attirés, sans les évaporer et résoudre.* Nous pourrions aussi citer Galien. (*De sanitate tuendâ*, chap. 3, liv. 2.)

Par les mêmes raisons, nous pourrions trouver leur application très-utile dans les paralysies partielles ou générales ; elles auraient, dans ce cas, le double avantage de stimuler le système nerveux et d'en relever l'activité, en même temps qu'elles activeraient la nutrition et empêcheraient les parties de s'atrophier.

Nous pourrons citer l'observation donnée par *Ambroise Paré* du succès vraiment miraculeux qu'il obtint de l'emploi des frictions sèches sur le duc d'Havrey, qu'une plaie d'articulation du genou, avec

fracas de l'os de la cuisse, avaient réduit au dernier degré de marasme à la suite d'une suppuration aussi longue qu'abondante. Ces frictions, en relevant l'activité des diverses parties, faisaient une juste répartition de la nutrition, qui semblait toute concentrée sur la blessure, et ce célèbre chirurgien rendit à la société un homme qu'on regardait comme voué à une mort certaine. Ce qui prouve, comme le dit *Louis*, qu'il faut beaucoup de connaissances pour faire avec succès les choses qui paraissent les moins importantes.

Après cet examen des atrophies de nutrition, nous sommes conduit à parler de ses hypertrophies : ainsi, le goître, le scrophule s'y trouveraient si nous n'en avions pas parlé plus haut. A la suite d'une inflammation partielle du tissu cellulaire sous-cutané, quand la constitution du sujet ou le traitement l'ont fait terminer par induration, dans certains engorgemens des glandes, etc., l'application des frictions rappelant les parties à une activité plus grande la font disparaître.

Quand par un traitement actif des tumeurs blanches on parvient à enchaîner la marche de cette terrible maladie, quand toute crainte au sujet d'une récidive d'inflammation est dissipée, qu'il ne reste plus que l'engorgement des parties, on peut par ce moyen, pratiqué avec précaution et persévérance, diminuer une partie des incommodités suite inévitable de la maladie. A ce sujet je rapporterai une observation de M. *Lafond*, professeur de l'École de médecine de Nantes, aux talens et à la bienveillante complaisance duquel je me plais à rendre un public hommage. Après avoir, par un traitement aussi actif que savamment dirigé, fait cesser chez un jeune homme les accidens d'une tumeur blanche du genou, il parvint à lui rendre le libre exercice de son articulation par des frictions sèches pratiquées sur cette partie pendant plusieurs semaines.

Voyons maintenant un autre ordre de maladies qui peuvent recevoir l'application des moyens qui nous occupent. D'abord passons en revue cette classe si nombreuse et si rebelle aux moyens de l'art, que M. *Pinel* range dans ses névroses, et qui sont désignées par d'autres

auteurs sous le nom de *névrosthénies;* c'est dans ces circonstances qu'elles sont le plus fréquemment employées; aussi voit-on leur usage presque vulgaire dans les convulsions, les attaques d'hystérie, les spasmes épigastriques, etc. On voit souvent, sous l'influence de cette contre-stimulation, les accidens diminuer d'intensité. C'est sans doute dans cette indication que *Galien* et *Celse*, poussant plus loin leur confiance dans ce moyen, ont préconisé leur emploi dans la folie, l'épilepsie, et que le dernier l'a appliqué jusqu'à l'asthme.

Quoique ayant une action moins directe sur la peau, nous citerons ici l'emploi habituel que l'on fait des frictions dans certaines circonstances pendant l'accouchement. Quand le travail languit dès le principe, ou qu'après de vives contractions, l'utérus tombe dans l'inertie; ou qu'après la chute du placenta, ne se contractant pas, il détermine une hémorrhagie, des frictions pratiquées, mais avec prudence et discernement, sur le corps de l'utérus, à travers les parois de l'abdomen, agissant à la fois sur ces deux parties, sollicitent leurs contractions et ramènent l'utérus dans les conditions favorables. C'est sans doute par des effets analogues que des frictions pratiquées sur l'abdomen ont mis fin à des constipations opiniâtres, dont la cause résidait dans le défaut d'action du tube intestinal. *Riolan* prétend les avoir employées avec succès dans ce cas. On peut placer à côté de ce fait l'emploi que *Fernel* en conseille dans le cas de tympanite.

Quand, à la suite d'un froid très-rigoureux, l'innervation et la circulation, ayant cessé dans une partie, vous font craindre que la congélation n'amène la gangrène, quel moyen plus sûr de réveiller ces deux fonctions, que de frictionner la partie dans toute son étendue? De nombreuses observations viennent à l'appui de ce fait; et, sans aucune réflexion, c'est en nous frottant les parties refroidies que nous cherchons à y rappeler la chaleur.

Mais l'emploi le plus important des frictions est sans contredit dans les asphyxies; c'est là leur véritable triomphe. En effet, que d'asphyxiés par la vapeur de charbon, la submersion, la strangulation, n'ont dû leur retour à la vie qu'à la persévérance avec laquelle on a insisté sur

ce moyen. Aussi est-ce avec une infatigable opiniâtreté qu'on doit y persévérer. Que d'accoucheurs ont eu à se louer de cette pratique pour rappeler à la vie des enfans nés dans un état de mort apparente. Sans elle, qu'auraient produit souvent l'insufflation pulmonaire et les autres moyens employés dans ces circonstances.

Winslow, dans sa thèse sur les signes de la mort, les regarde comme d'une application préférable à l'eau bouillante, au feu, et autres moyens de ce genre, qu'elles peuvent remplacer aussi avantageusement, sans en avoir les inconvéniens, pour faire cesser l'état de mort apparente. Nous pouvons déduire de là qu'elles trouveront leur emploi dans les syncopes.

Une circonstance où l'on peut bien juger des effets des frictions, c'est dans le cas de narcotisme, suite de l'empoisonnement par l'opium ou autres poisons du même genre; cette stimulation périphérique s'oppose à la congestion qui se fait sur le cerveau, et empêche le malade de se livrer à un sommeil qui lui serait funeste. C'est même à peu près le seul moyen sur lequel on puisse compter, si le temps de l'ingestion ne permet plus de tenter l'expulsion du poison hors de l'estomac.

Nous rapporterons ici un fait dans lequel on a encore conseillé l'usage des frictions. *Hoffmann* regardait le frisson de la fièvre intermittente comme un resserrement spasmodique de la surface de la peau et de ses petits vaisseaux, mouvement qui porte les fluides de la circonférence au centre. *Cullen* admet la même hypothèse avec quelques modifications. Sans chercher quelle peut être la cause de ce phénomène, et n'envisageant que le fait par lui-même, nous voyons évidemment un mouvement de concentration à l'intérieur; si, agissant dans un sens inverse, on parvient à rompre cette tendance, ne pourra-t-on pas, en provoquant la détente qui termine ordinairement l'accès, le faire cesser plus promptement, et même s'opposer à son retour. L'usage des frictions sèches sur tout le corps a été conseillé dans cette circonstance par *Galien*, *Borellus* et *Celse*; mais ce dernier les conseille dans l'intervalle des accès. Leur application nous semblerait

plus rationnelle quelque temps avant ou même pendant le début du frisson.

Enfin, nous pouvons ajouter qu'elles conviennent dans les différens cas où l'on a conseillé l'insolation, les ventouses, la cautérisation objective ; et nous dirons, de plus, que l'usage si répandu de la laine sur la peau ne prend son mode d'action que dans l'excitation continuelle où elle tient cet organe par le frottement de ses aspérités. Elle n'agit donc pas autrement que les frictions elles-mêmes.

Pour compléter ce que nous avons à dire sur l'application thérapeutique des frictions, nous ajouterons qu'on les emploie encore comme moyen secondaire pour assurer l'action d'autres principaux. C'est dans cette indication qu'on les associe aux ventouses, aux vésicatoires, aux sangsues, à l'inoculation de la vaccine, aux fomentations résolutives ou stimulantes, aux diverses onctions médicamenteuses, etc. ; enfin on peut les regarder comme le plus puissant auxiliaire de la méthode iatraleptique.

Ici se termine l'énumération longue, mais encore incomplète, des principales applications des frictions. Un pareil sujet mériterait, je l'avoue, un développement beaucoup plus considérable que ne le comportent les bornes d'une thèse. Récapitulant en peu de mots la masse des faits que nous venons de détailler, nous sommes porté à conclure que l'emploi thérapeutique des frictions peut convenir :

1°. Toutes les fois qu'il s'agira de détourner une congestion aiguë ou chronique qui s'est formée sur un organe intérieur ;

2°. De rappeler un exanthème ou toute autre affection dont la répercussion donne lieu à de graves accidens ;

3°. De modifier une hémorrhagie accidentelle ou constitutionnelle ;

4°. De stimuler les sécrétions de la peau ou des organes sous-jacens, soit pour ramener ceux-ci à leur état normal, soit pour diminuer l'activité d'autres organes ;

5°. De modifier la nutrition, soit pour augmenter celle d'un organe atrophié, soit pour diminuer celle d'un autre hypertrophié ;

6°. De réveiller, augmenter ou régulariser l'innervation.

De ces faits il sera facile de déduire les cas où elles seront locales ou générales, et le lieu d'élection, selon qu'on voudra qu'elles agissent comme stimulant direct ou contre-stimulant.

Nous en déduirons encore un fait à l'appui de ce que nous avons dit en commençant, relativement aux connexions qui lient les fonctions des autres organes avec celles de la peau. En effet, nous les voyons, sous l'influence des frictions, être influencées successivement, 1°. dans leur circulation, 2°. dans leurs sécrétions, 3°. dans leur nutrition, 4°. dans leur innervation.

Après avoir parlé des indications, nous allons dire en quelques mots leur contr'indication ou leur modification.

L'âge, le sexe, le tempérament, les habitudes doivent y apporter des différences ; ce qui faisait dire à *Louis* qu'en général les frictions exigent les mêmes précautions que les autres exercices; elles doivent être soumises à des indications raisonnées d'après l'état du sujet et les résultats qu'on en veut obtenir. Elles seront contr'indiquées chez les personnes dont la peau, très-irritable, ne peut supporter l'action du plus léger stimulus sans en contracter des éruptions ou des érysipèles. On les interdira après les repas, afin de ne pas troubler la digestion en enlevant à l'estomac une partie de l'activité dont il a besoin pour élaborer les substances qu'il contient. Aussi *Ambroise Paré* dit à ce sujet : *n'est convenable de faire exercice tôt après le repas et l'estomac étant rempli, de peur qu'il ne se fasse attraction de viandes non encore cuites.* Nous ajouterons encore que, pendant le temps froid, elles devront être faites avec les précautions convenables à la saison.

Je dirai, en passant, un mot d'une pratique particulière nullement employée parmi nous, mais très-en vogue chez les Orientaux; je veux parler du *massage*, que l'on peut regarder comme un genre de friction. Il consiste, d'après le rapport de certains auteurs, dans des attouchemens sur différentes parties du corps, accompagnés, si je puis m'exprimer ainsi, d'un pétrissage des muscles, en imprimant aux diverses articulations des mouvemens très-étendus et dans tous les sens : leur mode d'action sur l'économie paraît être le même que

celui des frictions. Mais, exécuté par des individus exercés à cette pratique, le massage a sur les sens une action plus active ; il porte davantage à la volupté ; il produit des sensations plus vives ; aussi son emploi n'est pas sans inconvénient. Il est plus énervant, plus débilitant ; porté à un certain degré, ses effets doivent être plus nuisibles qu'avantageux. Mais on pourrait en tirer de bons effets en en usant avec modération, et surtout en le combinant avec les frictions. L'hygiène pourrait retirer de grands bénéfices de l'union méthodique de ces deux moyens. Aussi les Égyptiens font-ils toujours succéder les frictions sèches au massage. L'économie doit s'en trouver plus puissamment impressionnée, l'un portant son action plus particulièrement sur les muscles et les articulations, tandis que l'autre agit plus spécialement sur la peau elle-même.

Pour compléter, autant que possible, ce que l'on peut dire sur les frictions sèches, nous parlerons brièvement de la manière de les faire. Il serait superflu de détailler longuement une pratique que personne n'ignore et qu'on est dans le cas d'exécuter sans avoir besoin d'aucun exercice préliminaire. Nous citerons seulement, en passant, quelques précautions qu'il n'est pas inutile de mettre en usage pour rendre leur action plus efficace. Ainsi, en commençant, il convient d'aller doucement, et de n'augmenter l'intensité que graduellement. Un début trop brusque irriterait la peau, la rendrait promptement douloureuse, et s'opposerait à ce qu'on pût les prolonger selon l'indication. Elles seront faites aussi avec précaution chez les personnes très-sensibles, et qu'on qualifie vulgairement de *chatouilleuses*. Cet état spasmodique que détermine le chatouillement serait d'une influence fâcheuse, surtout dans ces affections nerveuses que certains pathologistes modernes ont désignées sous le nom de *névrosthénies*.

Il conviendra, quand elles sont terminées, de tenir la partie chaudement, et hors du contact des influences atmosphériques : par ce moyen, on prolongera leur action, et on la rendra plus efficace.

Une précaution qui regarde les personnes chargées de les pratiquer, c'est de ne pas s'y exercer trop long-temps : il serait bon de les faire

faire par plusieurs. On a vu, et je tiens de M. *Lafond*, de l'expérience duquel je me suis appuyé plus haut, un fait de ce genre; on a vu, dis-je, des hémoptysies survenir chez des personnes qui avaient pratiqué pendant long-temps des frictions sur des malades. Enfin, nous dirons qu'elles peuvent être faites avec la main nue ou garnie d'un gant, d'un morceau de flanelle, ou tout autre lainage.

Ici se termine ce que nous nous étions proposé de dire au sujet des frictions sèches. Cette matière mériterait, je l'avoue, un plus grand développement et des détails plus précis; mais ce mode thérapeutique, peu employé, n'a pu me fournir assez de faits pour traiter ce sujet dans toute l'étendue qu'il méritait. Il serait à désirer que ce moyen simple, facile, nullement dispendieux, fût moins dédaigné dans la pratique.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

II.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum; intùs verò foràs bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.

III.

Mulieri menstrua si velis cohibere, cucurbitam quàm maximam ad mammas appone. *Sect.* 5, *aph.* 50.

IV.

Quæ perfrigerata sunt excalefacere oportet, præter quàm quæ sanguinem profundunt aut sunt profusa. *Ibid, aph.* 1

V.

Omnia secundùm rationem facienti, non secundùm rationem evenientem, non ad aliud transeundum, manente eo quod ab initio visum est. *Sect.* 2, *aph.* 53.

VI.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tùm frigoris tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

ESSAI

N° 173.

SUR LES AVANTAGES

DE

L'ALLAITEMENT MATERNEL,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine.

PAR J LAUNAY, (de Lassay)

Département de la Mayenne.

S'éveille-t-il, son sein, à l'instant présenté,
Dans les flots d'un lait pur lui verse la santé.
Qu'importe la fatigue à sa tendresse extrême?
Elle vit dans son fils et non plus dans soi-même,
Et se montre aux regards d'un époux éperdu
Belle de son enfant à son sein suspendu.

LEGOUVÉ, *Mérite des femmes.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1829.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	GRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur*. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur*. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉGAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Président*. BOYER. DUBOIS, *Suppléant*. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe, *Examinateur*.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet, *Examinateur*.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier, *Suppléant*.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES.

Témoignage de mon respect, de mon attachement et de ma reconnaissance.

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Pour la remercier de m'avoir nourri elle-même de son lait, et de tous les soins qu'elle n'a cessé de me prodiguer.

A MES SŒURS CHÉRIES ET A MON BEAU-FRÈRE.

Amitié éternelle.

J. LAUNAY.

ESSAI

SUR LES AVANTAGES

DE

L'ALLAITEMENT MATERNEL.

L'enfant est le plus faible de tous les êtres au moment où il vient de naître. Incapable de faire usage de ses sens et de ses membres, sa vie, incertaine et chancelante, paraît devoir finir à chaque instant; il ne peut se soutenir ni se mouvoir, et ce n'est qu'avec peine qu'il annonce par ses gémissemens les besoins qu'il éprouve.

La nature, après avoir élevé un monument aussi fragile, devait trouver les moyens de le soutenir. Pour y parvenir, elle pourvut la femme de ces deux globes qui font l'ornement de son sein, organes qu'elle destina à préparer une nourriture convenable à la faiblesse de l'enfant; elle doua de plus la femme de toutes les qualités morales propres à l'attacher à l'être auquel elle devait donner le jour : ainsi elle développa sa sensibilité morale, lui rendit les passions douces plus familières; enfin l'attendrissement, la compassion, la bienveillance, l'amour, furent les sentimens qu'elle lui fit éprouver le plus souvent. Cette organisation était sans doute nécessaire dans un sexe à qui devait être confié le dépôt de l'espèce humaine encore faible, qui eût bientôt péri si elle eût été réduite aux secours tardifs et incertains de la froide raison; mais le sentiment, plus vif que l'éclair, pousse une

mère à travers tous les dangers, lui fait surmonter les plus grands obstacles pour sauver les jours de son enfant en péril ; il fait plus, il lui fait remplir avec une patience admirable, et même avec une sorte de satisfaction, les fonctions les plus pénibles.

La nature n'a donc point borné au terme de la gestation les liens qui unissent la mère à l'enfant : à la naissance, ces liens se transforment en d'autres qui, pour être moins intimes, n'en sont pas moins réels ; mais à ces rapports physiques viennent s'en ajouter d'autres d'un ordre moral aussi puissant que les premiers. A la naissance, commence entre la mère et l'enfant un échange réciproque de besoins et de caresses, de soins et d'affections ; la tendresse maternelle prend alors un nouvel essor, s'entretient, se fortifie par celui qui en est l'objet. Ces rapports physiques et moraux sont les principales sources de l'union des familles et de la société.

Histoire de l'allaitement.

La nécessité de l'allaitement maternel a été si généralement reconnue que le nombre des auteurs qui ont écrit en sa faveur est incalculable. Les législateurs eux-mêmes s'en sont occupés. Parmi ceux qui l'ont recommandé on peut compter *Zoroastre*, *Lycurgue*, qui en fit une loi formelle à Sparte, *Mahomet*. Ce dernier fixe sa durée à deux ans complets. Les Chinois, d'après *Confucius*, ont pour principe de n'admettre de femmes dans un emploi que celles qui ont nourri tous leurs enfans. Enfin, les médecins, les naturalistes, les philosophes et les poètes, se sont réunis afin de ramener les femmes à leur devoir. Rapporter tout ce que ces grands hommes ont écrit sur ce sujet, ce serait dépasser les bornes d'une dissertation inaugurale : qu'il me suffise donc d'en nommer une partie. Parmi les philosophes de l'antiquité on compte, en Grèce, *Homère*, *Euripide*, *Démosthène*, *Aristote*, *Plutarque*, *Platon*. Ce dernier, dans sa République, fait à

toutes les femmes un commandement exprès de l'allaitement maternel. *Aristophane* emprunte le masque de Thalie pour ridiculiser l'allaitement mercenaire. Parmi les Latins, *Tacite*, *Tite-Live*, *Phèdre*, *Quintilien*, *Favorin* (qui appelle les mères qui ne nourrissent pas, *prodigiosas mulieres, dimidium matris*), *César*, *Pline*, *Caton*, *Marc-Aurèle*, etc.

Les Pères de l'Église chrétienne n'ont pas négligé ce moyen de rappeler l'homme aux bonnes mœurs et à la nature ; presque tous s'élèvent avec force contre la coutume de l'allaitement mercenaire.

Enfin, parmi les modernes qui se sont le plus occupés de rappeler les mères à leurs devoirs, nous pouvons citer le fameux chancelier de *L'Hospital*, *Montaigne*, *Scévole de Sainte-Marthe*, *Linné*, *Rousseau*, *Buffon*, *Diderot*, *Mirabeau*, *Boërhaave*, *Hoffman*, *Petit*, *Tissot*, *Levret*, *Van-Swiéten*, *Désessarts*, et tant d'autres qu'il serait trop long de nommer.

L'allaitement maternel a également eu ses antagonistes ; de ce nombre sont *Moschion*, *Vandermonde*, *Vanhelmont*, *Brouzet et Lascases*. Mais c'est plutôt pour n'avoir envisagé la question que sous une de ses faces que ces auteurs ont détourné les femmes de leur devoir.

La nourriture que la nature destine à l'enfant qui vient de naître est, sans contredit, le lait de sa mère. Il n'y a que dans l'espèce humaine que les mères cherchent à s'affranchir de ce devoir sacré ; les espèces les plus féroces nourrissent elles-mêmes les êtres auxquels elles ont donné le jour.

Dans les temps les plus reculés l'allaitement maternel était presque généralement en honneur, et ce n'est guère que depuis la décadence de la république romaine que l'usage des nourrices est devenu si commun. Sous les empereurs, le luxe, les plaisirs, la mollesse, furent portés à un tel point, que les femmes se refusèrent à l'obligation que leur impose la nature de nourrir leurs enfans. Plus on remonte vers les siècles d'ignorance, plus on voit l'allaitement maternel et tous les devoirs sacrés, en général, recevoir leur religieuse exécution ; et les

hordes sauvages, vivant sous les lois de la nature, qui, privées des avantages de l'état social, n'en connaissent pas les inconvénients, sont les seules chez lesquelles cet usage soit généralement répandu ; aussi ces peuplades conservent-elles la vigueur de leurs pères, et leur population augmente-t-elle considérablement.

L'allaitement maternel me paraît exercer une grande influence sur la population des états, la force des hommes, la longévité et les mœurs. A quelle autre cause rattacherions-nous ces immenses rassemblemens d'hommes que nous allons rapporter? et, chose digne de remarque, et que personne, je pense, ne peut révoquer en doute, ne sont-ce pas les hommes de nos campagnes qui viennent repeupler nos cités, qui s'affaiblissent sans cesse, et qui, sans leur secours, deviendraient bientôt désertes ?

Darius conduit en Bactrie une armée de près de deux millions d'hommes ; Sémiramis passe dans l'Inde avec quatre millions et demi de combattans, et les Mèdes, dans une expédition contre les Cadusiens, en conduisent huit cent mille. Darius, l'an 508 avant Jésus-Christ, marche contre les Scythes avec sept cent mille hommes, et Xercès, son successeur, en rassemble cinq millions pour soumettre la Grèce : vaincu, il en ramène à peine la dixième partie en Perse, et son trône est à peine ébranlé d'une perte aussi considérable (*Diodore de Sicile*). Trois cent soixante mille ouvriers travaillèrent (*Pline*) pendant vingt années à la construction des Pyramides. Sémiramis rassembla deux millions d'hommes pour bâtir Babylone (*Diodore*).

Lors de la fondation de Rome, les forces militaires de Romulus ne montaient qu'à trois mille trois cents hommes ; trente-sept ans après sa mort, elles allaient à quarante-sept mille. L'an 175 de sa fondation, sous Servius Tullius, on fit un dénombrement des hommes en état de porter les armes, et il s'y trouva quatre-vingt mille citoyens d'enrôlés. Il s'en trouvait près de trois cent mille dans l'an 500 (*Tite-Live*). Les esclaves ne sont point compris dans ce nombre. La famille de Jacob, en Égypte, ne s'accrut-elle pas de la même manière?

Dans des temps plus modernes les excursions répétées de ces hordes

barbares sorties de la Suède et du Danemarck, qui ont ravagé différentes parties de l'Europe, principalement notre France, où ils se sont enfin fixés, ne tenaient-elles pas à l'allaitement maternel en vigueur dans ces contrées? Je sais que la polygamie, qui alors était en usage, y a contribué de son côté ; mais je pense que nous n'aurions point eu à souffrir de leurs ravages, si l'allaitement mercenaire y eût été en usage ; car, au rapport de *Raulin*, sur cent enfans trouvés confiés à des nourrices, soixante-cinq meurent dans leur première année.

Nos pères étaient bien plus robustes que leurs descendans, si l'on en croit les historiens et ces témoins permanens, ces armures que nous pourrions porter à peine. Cette constitution athlétique dépend aussi beaucoup des exercices gymnastiques, presque abandonnés de nos jours, et ne se retrouvant que chez les peuples qui s'y livrent.

Plusieurs historiens rapportent que quand on faisait le cens à Rome, on y mettait l'âge de chaque citoyen ; et on est étonné de trouver dans plusieurs petites villes d'Italie, de ce temps-là, un si grand nombre d'hommes passant cent ans. On l'observe également chez les autres peuples, et c'est une chose si rare de nos jours !

Tant que l'allaitement maternel fut en constant usage chez les Romains, il n'y eut que très-peu de dissolutions de mariage. En vain la loi, dit Thomas (*Essai sur les Femmes*), prévenant les besoins qui n'existent que chez les peuples corrompus, permettait le divorce ; le divorce, autorisé par la loi, était proscrit par les mœurs. Mais sous les empereurs, temps où nous avons dit que l'allaitement mercenaire fut presqu'une loi, le vice n'eut plus de frein (dit le même auteur), la débauche redouta la fécondité. On apprit à tromper la nature ; l'art affreux des avortemens se perfectionna. Les passions, tous les jours renaissantes, purent s'assouvir tous les jours ; et les femmes, lasses de tout, dégoûtées de tout, multiplièrent dans Rome les monstres de l'Asie : elles firent mutiler leurs esclaves pour satisfaire les caprices d'une imagination usée par les plaisirs mêmes. Alors les vices furent plus puissans que les lois ; on ne s'occupa plus

de conserver les mœurs, mais de punir les crimes; et leur nature et leur nombre effrayant les tribunaux, il fallut pour ainsi dire que la loi se couvrît d'un voile, parce qu'il y aurait eu autant de danger que de honte à apercevoir tous les coupables. Quand Septime-Sévère monta sur le trône, il trouva trois mille accusations d'adultère, il fut obligé de renoncer à ses projets de réforme.

Certes, nous sommes persuadé que l'allaitement maternel est incompatible avec une pareille dissolution.

Avantages de l'allaitement pour la mère.

La nature, sage et prévoyante, a mis dans toutes ses œuvres un enchaînement merveilleux de causes et d'effets qu'on ne rompt jamais impunément. Aussi à quels dangers ne s'expose pas une mère que des prétextes faux ou frivoles empêchent de nourrir; et si elle n'est atteinte d'aucun des maux physiques qui la menacent, de combien de jouissances morales ne se prive-t-elle pas! jouissances qui l'auraient dédommagée avec usure des peines qu'elle se serait données. Rappeler tous ces maux, ce sera faire pressentir les avantages de l'allaitement maternel. L'utérus, pendant la grossesse, est un centre vers lequel se portent toutes les humeurs; mais aussitôt après l'accouchement cet organe cesse de jouer le principal rôle, il se resserre et revient par degrés à son état normal; alors la nature dirige ses forces sur d'autres organes devenus essentiels à l'enfant; les mamelles, devant fournir la nourriture au nouvel être, deviennent à leur tour un centre de fluxion, elles se gonflent, et il s'établit un mouvement fébrile, pendant lequel s'opère la sécrétion du lait; les fluides continuent à se porter vers les mamelles, et il est clair que s'ils ne trouvent dans les glandes mammaires qu'un laboratoire devenu inutile par la non excrétion du lait, ils devront se refouler avec tumulte dans l'économie animale, se porter vers d'autres organes impropres à leur donner issue, et dont ils trou-

blent les fonctions, et causer enfin un désordre général: de là des accidens sans nombre, tels que la perte de la vue, de l'ouïe, des autres sens; les apoplexies, les phthisies, surtout la pulmonaire; les péritonites, les métrites, les hydropisies, des ulcères de longue durée; enfin des squirrhes, des cancers des mamelles ou de l'utérus, qui sont souvent la conséquence de l'excitation infructueuse des glandes mammaires, d'un usage trop répété du coït, de trop fréquentes conceptions, et de l'état d'irritation dans lequel se trouve le système utérin, état qui continue si la bouche de l'enfant, en suçant le sein, n'y détermine une autre irritation qui y attire les fluides qui se porteraient vers la matrice. Les convulsions ainsi que les affections nerveuses sont autant d'accidens amenés par le défaut d'allaitement, ainsi que les fièvres puerpérales, qui font tant de victimes. Tant il est vrai que:

Extra naturam error undique et damnum.

Telle est l'effrayante série de ces maux, auxquels, comme l'observe M. *Capuron,* une médecine peu éclairée donne le nom de *métastases laiteuses;* telles sont les maladies auxquelles s'exposent d'ordinaire les mères qui ne veulent pas allaiter, et auxquelles on peut présenter ce passage d'une épître de madame Lauricin à son amie, sur l'obligation où sont les mères de nourrir elles-mêmes leurs enfans.

Tu connais les devoirs qu'un saint nœud nous impose,
Ton vœu le plus ardent sera de le remplir.
Il en est un, surtout, bien cher à la nature,
Dont l'oubli peut coûter un remords éternel,
Qu'il soit sacré pour toi! Dans le sein maternel,
Ah! laisse tes enfans puiser leur nourriture:
Ces fruits d'un chaste hymen, par nos maux achetés,
Quoi! nous les confions à des mains mercenaires,
Tandis que des forêts les hôtes sanguinaires
Allaitent les petits que leurs flancs ont portés!
O toi! qui, sans frémir d'une erreur si funeste,
N'as pas craint d'outrager la nature et l'amour,

Toi, qui livras ton fils en lui donnant le jour,
Barbare, réponds-moi, c'est ton cœur que j'atteste :
Lorsque, dans un berceau qu'investit le danger,
On élève le fruit, l'objet de tes tendresses,
Songes-tu qu'en son sang coule un sang étranger,
Et qu'une autre que toi jouit de ses caresses?
Va tenter. . . . . .
D'obtenir que le sien veuille te reconnaître;
Tu le verras, fidèle au sein qui le nourrit,
Repousser en pleurant le sein qui le fit naître.
Cruelle! à l'instant même où tes vœux criminels
Des jeux de nos cités poursuivent le prestige,
Sais-tu si ton enfant, loin des yeux maternels,
Reçoit les tendres soins que sa faiblesse exige?
Tu t'oses reposer sur le choix que tu fis!
Comment veux-tu qu'un jour réponde à ton attente
Celle qui, sans remords, sevra son propre fils
Pour te vendre le lait dont le tien s'alimente?
Ah! de l'humanité prends l'auguste flambeau;
Vois les maux que produit le mal que je déplore :
Combien d'infortunés, moissonnés dès l'aurore,
Que le sein de leur mère eût sauvés du tombeau!
Mais c'est peu que les lois que tu viens d'interrompre
Appellent sur ton fils la mort et les douleurs :
Le lait, le même lait que réclamaient ses pleurs,
Repompé dans ton sang va bientôt le corrompre.
Contemple avec effroi ce redoutable écueil;
Peins-toi tous les dangers dont ta faute est suivie;
Tremble qu'un poison lent ne consume ta vie,
En t'offrant chaque jour l'image du cercueil.

La femme, apprenant que les grâces et la nature seules devaient se charger du soin d'arrondir ses seins, craignit sans doute de gâter leur ouvrage : elle n'y vit plus qu'un objet d'ornement, au mépris de l'objet utile, et l'allaitement maternel fut proscrit, comme si l'accomplissement d'un devoir aussi sacré nuisait à la beauté, comme si d'ailleurs il ne lui prêtait pas mille fois plus de charmes que ne pourrait lui en faire perdre la flétrissure de son sein ; flétrissure, dit

M. *Capuron*, qui paraît plutôt tenir à la suppression forcée du lait qu'à la sécrétion de ce liquide.

Elle ne sait pas non plus que cette suppression du lait jointe aux grossesses répétées, à l'irritation permanente de l'utérus, lui occasionne souvent des pertes utérines, et surtout des flueurs-blanches qui la jettent dans un état de dépérissement, et lui font perdre sa fraîcheur et ses grâces avant le temps. En Géorgie, toutes les femmes allaitent leurs enfans, et cependant nous savons, d'après le récit des voyageurs, qu'en aucun lieu de l'univers la nature n'a répandu plus de grâce dans la physionomie et plus d'élégance dans la taille, attraits que ces femmes conservent jusqu'à un âge très-avancé, en jouissant d'une santé brillante, rarement troublée par les maladies: elles passent également l'âge critique sans danger. (*Anacharsis.*)

L'enfant qui vient de naître ne connaît pas encore celle qui lui a donné le jour; mais bientôt il ne tarde pas à distinguer la personne qui pourvoit à ses besoins : il prend pour elle un attachement extrêmement vif, qu'il lui témoigne par un doux sourire et par de tendres caresses. Cet attachement, fondé sur la reconnaissance, s'accroît à mesure que la raison fait des progrès, et forme enfin le lien le plus indissoluble qui puisse unir un enfant à sa mère: ne la voit-il pas, il la demande par ses cris. Mais « la femme qui confie son enfant à une étrangère rompt le lien si doux d'affection et d'amour qui unit l'âme des enfans à celle des parens; la tendresse maternelle s'affaiblit dès qu'on n'entend plus les doux murmures de son enfant. Mais la nature ne tarde pas à venger cet outrage : l'enfant, de son côté, ne connaît que le sein qui l'allaite; sentimens, affections, caresses, tout est pour sa nourrice; la véritable mère ne recueille qu'indifférence et qu'oubli; elle a consenti à partager le droit de mère, ou plutôt elle l'a aliéné; tous les germes de l'amour filial ont été étouffés chez l'enfant dès l'aurore de sa vie; si par suite on lui voit témoigner quelque attachement aux auteurs de ses jours, il n'est point guidé par le cri de la nature. » (*Aulugelle.*)

Quæ lactat, mater magis quam quæ genuit.
PHÈDRE.

Mais combien goûtent de plaisirs ces mères tendres pour qui la maternité est un impérieux besoin ; combien sont douces les sensations qu'elles éprouvent en serrant contre leur sein un enfant chéri ; combien leur est doux le premier cri d'un être qui leur doit la lumière, le moment où le sommeil de l'innocence s'étend sur ses faibles paupières, et le moment de son réveil, son premier regard, son premier souris et ses premiers embrassemens. L'époux, dans un ménage bien uni, jouit du bonheur de sa femme, qu'il partage, et ils couvrent à l'envi leur rejeton des caresses les plus tendres.... Qui pourrait dire que ce n'est pas là le bonheur !

Avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant.

L'allaitement maternel a pour but la conservation des enfans, leur accroissement et le maintien des bonnes mœurs. L'allaitement étranger est une des causes principales de la dégénérescence des hommes. Le lait de la mère, d'abord séreux, nommé *colostrum*, a des propriétés purgatives nécessaires à l'évacuation du méconium, et ne peut rigoureusement être remplacé par aucune préparation pharmaceutique; de séreux, il devient plus consistant à mesure que l'enfant prend des forces, et qu'il a besoin d'une nourriture plus substantielle. Une nourrice n'offre pas ordinairement ces avantages : « prise dans le sein de la campagne, fût-elle nouvellement accouchée, son lait serait encore trop épais, trop nourrissant pour les organes délicats d'un enfant né dans le sein des villes ; cet enfant dépérit ; il survient des diarrhées, l'obstruction des glandes mésentériques, l'atrophie et la mort. » (*Baudeloque.*)

Les inconvéniens de l'allaitement mercenaire sont si nombreux, ils présentent tant de dangers, que si les mères connaissaient toute l'éten-

due du mal qui peut en résulter, très-peu sans doute refuseraient leur sein à leur enfant sans y être déterminées par la plus impérieuse nécessité.

L'enfant, comme nous l'avons déjà dit, infirme comme il est au moment de sa naissance, serait exposé à périr à chaque instant si la tendresse maternelle ne veillait sans cesse sur lui. Non, il n'y a qu'une mère à pouvoir sentir pour son enfant, éloigner de lui les dangers qui le menacent de toutes parts, deviner ses besoins avant qu'il ne les manifeste par ses cris, lui prodiguer avec une constance infatigable les soins minutieux et infinis qu'exige sa faiblesse. J.-J. Rousseau a dit: « On pourrait à la rigueur remplacer l'allaitement maternel, mais la sollicitude d'une mère, jamais. » Une femme étrangère, en effet, qui ne se charge que par intérêt d'élever votre enfant, lui prodiguera-t-elle tous les soins qui lui sont nécessaires, elle qui ne le nourrit qu'au détriment du sien propre? Il ne sera pas déplacé, je pense, de transcrire ici en partie cette fable, digne de La Fontaine, dans laquelle l'abbé Aubert a si bien peint, dans *la linotte*, la tendre sollicitude d'une mère.

A certaine linotte un jour on enleva
Le précieux trésor qui tenait renfermée
Sa tendresse avec sa couvée.
. . . . . .
Elle va compter son malheur
Dans tout le voisinage : on la plaint; mais qu'y faire?
—Il faut vous consoler, lui dit-on; vos petits
Sont peut-être en bon lieu, bien choyés, bien nourris;
. . . . . .
Croyez que de leurs jours le fil si délié
N'a pas senti la main de la Parque cruelle.
—Eh! quand cela serait, dit-elle,
Quand la main du trépas les aurait respectés,
Leur perte pour mon cœur en est-elle moins dure?
D'un autre ils prennent leur pâture;
Par un autre ils sont caressés;
Un autre a le plaisir de les voir à toute heure:

J'en suis seule privée, il faudra que j'en meure.
—Mais si l'on a pour eux des soins vifs, empressés?...
—On n'en aura jamais assez.
Cet autre est-ce une mère attentive, zélée,
Sachant ce qu'il leur faut, et ce qui leur nuirait?
Cette main, qui sous eux arrange le duvet,
Par l'amour est-elle guidée?

Outre qu'une mercenaire est moins attentive à satisfaire aux besoins d'un enfant qui lui est étranger, ne partagera-t-elle pas souvent avec le sien le lait qu'elle a promis de donner à son nourrisson? Ne l'abandonnera-t-elle pas souvent pour s'occuper des soins de son ménage et des travaux des champs? Pour s'en débarrasser plus facilement, elle le place dans son berceau, lié et garrotté par son maillot, de telle sorte qu'il ne respire qu'avec peine; il éprouve une gêne insupportable, ne peut exécuter aucun mouvement, croupit dans ses excrémens et sa peau s'excorie; toutes ces circonstances le tiennent dans un état d'insomnie : l'impatience et le malaise lui font pousser des cris qui l'exposent aux hernies, aux convulsions, etc. Que d'enfans périssent ainsi victimes, soit de la négligence ou de l'insouciance de nourrices salariées! Je puis citer deux exemples d'enfans qui ont été victimes de l'abandon de leurs nourrices. Laissés sans gardes à la maison pendant qu'elles travaillaient aux champs, l'un fut trouvé étranglé par les liens qui le tenaient au lit, l'autre fut trouvé mort au pied de son berceau, d'où il était tombé.

Souvent encore une nourrice revenant de ses travaux, et entendant crier son nourrisson, s'empresse de lui donner son sein pour l'apaiser, sans avoir pris le temps de se reposer. Or, il est très-dangereux qu'une femme dans un état d'agitation et encore couverte de sueur donne à téter; cette imprudence seule peut produire des convulsions. D'autres enfans sont morts ou devenus épileptiques pour avoir tété leurs nourrices après un accès de colère; *Ambroise Paré*, et *Boërhaave* en rapportent des exemples. On a encore l'habitude dans les campagnes d'endormir l'enfant par l'agitation de son ber-

ceau, on y parvient ordinairement en continuant long-temps ce moyen; cet usage est très-pernicieux, car il ne procure le sommeil qu'en déterminant vers le cerveau une congestion sanguine qui plonge l'enfant dans un état de stupeur voisin de l'apoplexie. L'allaitement étranger offre encore d'autres inconvéniens : une nourrice peut être affectée de maladies qu'elle cache soigneusement, et qu'on ne peut reconnaître, d'autant mieux qu'elle a intérêt à les taire ; parmi ces maladies il en est dont la nourrice peut transmettre le germe à son nourrisson.

Si l'on réunit toutes ces causes de maux, on se convaincra facilement que l'allaitement étranger est incontestablement funeste à l'accroissement et à la vigueur des générations, puisque la constitution forte ou débile de l'homme, à sa maturité, dépend de ses premières années.

Obstacles à l'allaitement maternel.

Quelque importance que nous attachions à l'allaitement maternel, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître qu'il est des circonstances où on ne peut le permettre ; et le philosophe de Genève a commis une erreur lorsqu'il a dit: « l'enfant n'a rien à craindre du sang dont il est sorti ; » erreur bien pardonnable sans doute à un homme qui n'était pas versé dans l'art de guérir, et qui, voulant réformer un grand abus, devait frapper vigoureusement : son *Émile* d'ailleurs est encore un des meilleurs ouvrages en ce genre que nous possédons. L'erreur citée, bien manifeste pour le médecin, sera, je crois, bien démontrée pour tout le monde dans le cours de cette section.

Beaucoup de femmes des grandes villes ne se trouvent pas dans le cas d'allaiter leurs enfans. Quelle vie mènent ces femmes que l'on voit aujourd'hui briller dans les cercles, et donner le ton à la société? Jetées dans le tourbillon des plaisirs, avides de sensations nouvelles, elles recherchent avec ardeur tous les objets capables d'ébranler leur

imagination ; elles courent de bals en spectacles, multiplient sans fin les sensations qui leur plaisent : leur sensibilité physique, développée au-delà de toute expression, jette le trouble dans toutes leurs fonctions ; faibles, délicates, le moindre exercice devient pour elles un travail pénible. Comment, au milieu de ce bouleversement général, pourront-elles supporter les fatigues de l'allaitement? Ce devoir à remplir exigerait de leur part quelques privations ; mais comment s'y astreindre, elles qui sont accoutumées à ne suivre aucun régime exact, qui n'ont d'autre règle que l'inconstance de leurs goûts? le besoin de les satisfaire est devenu pour elles le plus impérieux de tous les besoins.

Livrées à d'aussi funestes habitudes, leur constitution s'altère, leurs organes délicats retiennent à peine une vie que le moindre accident peut détruire : de quel succès pourrait être suivi un allaitement pratiqué dans des circonstances aussi défavorables ? Il serait funeste pour la mère et pour l'enfant. La nature exige des habitudes plus douces, des mœurs plus simples pour arriver à son but : si ces femmes veulent nourrir leurs enfans et goûter tous les plaisirs de la maternité, qu'elles fuient d'avance les plaisirs bruyans qui n'amènent après eux que satiété et dégoût ; qu'elles deviennent tout à fait mères : elles trouveront au milieu de l'accomplissement de leurs devoirs des jouissances pures, et la tranquillité parfaite de l'âme, sans laquelle il n'est point de véritable bonheur.

Une faible constitution n'est pas constamment un obstacle à l'allaitement : on a vu de ces femmes délicates nourrir très-bien leurs enfans sans que leur santé en fût altérée ; au contraire, on les a quelquefois vues prendre notablement des forces, leurs enfans étaient frais et beaux; mais le lait de leurs mères n'était bon que pour eux, car ces femmes ayant allaité des enfans d'autres femmes qui étaient robustes, ces derniers n'ont pas tardé à dépérir.

L'absence des mamelons est sans contredit une raison qui empêche la mère de nourrir ; leur manque total est assez rare ; on a vu des femmes qui n'en avaient qu'un : dans ce cas la mamelle bien conformée

opère seule la sécrétion du lait et supplée à l'autre. Très-souvent les mamelons sont enfoncés, mais ce n'est pas un obstacle insurmontable, car on peut faire venir des bouts par la succion. La grosseur excessive des bouts, et leur mauvaise conformation peut quelquefois faire recourir à l'allaitement étranger.

L'engorgement des seins, l'extrême sensibilité des mamelles, un coup d'air, des vêtemens trop serrés qui les ont aplaties, avoir tardé à donner à téter au nouveau-né, sont ordinairement la cause de leur inflammation. Lorsque le gonflement est simple, qu'il y a peu de sensibilité, la succion est le meilleur remède; mais si les mamelles sont douloureuses, rouges, comme dans le phlegmon, il faut suspendre l'allaitement, et si l'on n'obtient la résolution, comme la maladie doit être longue, recourir à une nourrice étrangère.

L'agalaxie, ou le défaut de lait, est un puissant obstacle à l'allaitement; il est cependant rare que les mères en manquent totalement, mais souvent elles en ont peu : si l'enfant dépérit, il faut lui donner une nourrice; mais la faiblesse de l'enfant, qui n'excite pas assez les seins, est quelquefois cause de cet accident; dans ce cas il faut avoir recours à un enfant plus fort ou à de petits animaux.

Le diabète mammaire est une maladie où le lait offre une grande ténuité; son excrétion se fait sans être provoquée par la succion : la femme s'épuise; l'enfant suce un lait qui n'a point subi l'élaboration nécessaire, il se nourrit mal et dépérit : dans l'intérêt des deux, on doit exclure l'allaitement.

L'excessive ténuité du lait suppose un vice dans les organes digestifs ou les mamelles; il est très-difficile d'apprécier ses qualités. « Le plus sûr moyen, dit M. *Capuron*, est de jeter un coup-d'œil sur le nourrisson : est-il maigre ou décharné, urine-t-il beaucoup, a-t-il la diarrhée, c'est une preuve qu'il ne suce que de la sérosité ou de l'eau; on doit dans ce cas suspendre l'allaitement, et changer le régime de la nourrice. »

La trop grande consistance du lait, ou son défaut de fluidité, se reconnaît à la facilité qu'il a de se coaguler. Le nourrisson qui suce

un tel lait ne tarde pas à être incommodé ; il digère mal, devient lourd, disposé à la somnolence ; il faut alors suspendre l'allaitement, et mettre la mère à l'usage des délayans.

Le squirrhe du sein. La femme atteinte de cette maladie doit-elle allaiter ? Plusieurs auteurs l'ont conseillé, et citent des observations de guérisons obtenues par la succion. A moins que l'affection ne soit très-circonscrite, et que la mère ne jouisse d'ailleurs d'une très-bonne santé, il n'est pas prudent de laisser téter l'enfant ; si on veut employer la succion comme moyen curatif, on doit la faire pratiquer par de petits animaux.

Cancer. Dans quelque partie du corps qu'il soit situé, le cancer est un obstacle à l'allaitement.

La phthisie pulmonaire interdit l'allaitement. Plusieurs auteurs assurent cependant avoir vu guérir des femmes phthisiques en les assujettissant à nourrir ; mais, outre que la fièvre lente accompagne toujours cette maladie et que le lait peut contracter des qualités malfaisantes, l'allaitement, loin d'être un remède à cette maladie, l'exaspère et proroge chez l'enfant l'influence à l'hérédité de cette affection.

Les hémoptysies fréquentes interdisent aussi l'allaitement ; mais si le malade perd peu de sang, et que cette hémorrhagie se renouvelle rarement, il en est souvent le remède ou du moins le palliatif. Mais, comme l'hémoptysie coïncide le plus souvent avec des tubercules pulmonaires, je conseillerais de le pratiquer au moyen de petits animaux.

L'hystérie et l'épilepsie. Ces deux affections, qui ont des dispositions à l'hérédité, font exclure l'allaitement ; on cite cependant des observations de guérisons, que l'on a attribuées à sa pratique, dans lesquelles il paraît n'être rien résulté de fâcheux pour le nourrisson. Mais je pense que dans cette maladie on ne devrait permettre l'allaitement qu'à l'aide d'animaux.

Le rachitis. La femme qui a eu cette maladie ne doit point nourrir. Le lait que l'enfant prendrait de sa mère ne ferait qu'augmenter sa

disposition à cette infirmité, dont il a reçu le germe avec la vie; il peut trouver d'ailleurs dans une bonne nourrice, dans l'air de la campagne, un remède salutaire.

Les scrophules, le scorbut, les dartres, nécessitent également l'allaitement étranger.

Le virus syphilitique, s'il survient pendant l'allaitement, et que l'enfant n'en soit point affecté, exige qu'on recoure à une nourrice; mais si la mère a reçu l'infection avant ou pendant la grossesse, et qu'elle n'en soit point guérie, elle doit allaiter elle-même son enfant, car le même traitement les débarrasse tous deux.

Le lait se charge des propriétés des médicamens que prend la mère; il est le seul véhicule qui puisse porter sans danger, dans l'estomac de l'enfant, des médicamens propres à le guérir. Confier l'enfant infecté à une nourrice serait d'ailleurs commettre un crime, puisque l'on compromettrait la santé de celle-ci.

Les pertes utérines, les hémorrhagies, survenues à l'époque de l'accouchement ou pendant que les femmes nourrissent, font suspendre l'allaitement, si elles sont abondantes; si, au contraire, les pertes sont rares, et que les forces ne soient pas notablement diminuées, la lactation, loin d'être proscrite, est ordonnée; par elle on fait des mamelles un centre de fluxion, et l'on détourne ainsi les humeurs de la matrice.

Grossesse. Il paraît que si l'enfant dépérit à la mamelle d'une femme enceinte, il faut moins en accuser les qualités du lait que sa trop petite quantité, qui ne suffit plus aux besoins du nourrisson. Il paraît également que l'enfant profite bien jusqu'au quatrième ou cinquième mois de la grossesse, époque où la sécrétion du lait est beaucoup diminuée. Une femme peut donc nourrir jusqu'à cette époque, si le nourrisson ne s'en trouve pas mal.

L'apparition des règles, chez les femmes qui allaitent, n'est nullement un obstacle, si ces femmes sont fortes, se portent bien d'ailleurs, et que l'enfant prenne le sein avec plaisir; mais si les femmes, au contraire, sont faibles, d'un tempérament lymphatique, et que les

règles soient abondantes, cette double excrétion les affaiblit, l'enfant se ressent de la faiblesse de la mère et dépérit. L'intérêt de tous deux oblige de recourir à l'allaitement étranger.

Une foule d'autres causes sont encore des obstacles à l'allaitement maternel : ainsi la plupart des maladies aiguës, l'âge tendre, les passions vives, immodérées, et quelques circonstances de la vie qui imposent des obligations incompatibles avec les soins de la maternité.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulier in utero gerens, sectâ venâ abortit, et magis, si major fuerit fœtus. *Sect.* 5, *aph.* 31.

II.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Sect.* 5, *aph.* 37.

III.

Quæ in utero gerunt, harum os uteri clausum est. *Sect.* 5, *aph.* 51.

IV.

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum. *Sect.* 5, *aph.* 56.

V.

Si mulieri purgationes non prodeant, neque horrore, neque febre superveniente, cibi autem fastidia ipsi accidant, hanc in utero gerere putato. *Sect.* 5, *aph.* 60.

VI.

Quod si uxore semel usus fuerit, vegetior utique erit, et magis solutus. Si verò sæpius rem peregerit, durior evadet, et caloris quid contrahet, decolor magis erit, et fatigatus. *Pror., lib.* 2, *aph.* 25.

DISSERTATION

N° 174.

SUR LES AFFECTIONS CANCÉREUSES

DU COL DE LA MATRICE,

LEUR TRAITEMENT, ET L'OPÉRATION QU'ELLES RÉCLAMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 *août* 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR LOUIS-HIPPOLYTE LEMAIRE, de Dunkerque,

Département du Nord;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

Propter solum uterum mulier est, id quod est.

VAN-HELMONT.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Président.* BOYER. DUBOIS, *Suppléant.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe, *Examinateur.*
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet, *Examinateur.*
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier, *Suppléant.*
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE

ET

DE MA MÈRE.

Regrets éternels !!!

A MON FRÈRE.

Témoignage d'attachement.

A MA FAMILLE.

Gage d'amitié.

A MONSIEUR MOULTAT,

Caissier à la Banque de France.

Hommage de respect et de reconnaissance.

L.-H. LEMAIRE.

DISSERTATION

SUR LES AFFECTIONS CANCÉREUSES

DU COL DE LA MATRICE,

LEUR TRAITEMENT, ET L'OPÉRATION QU'ELLES RÉCLAMENT.

Considérations anatomiques sur le col de la matrice.

Une courte description du col m'a paru d'autant plus nécessaire, que de sa connaissance découle la source des nombreux succès que l'on obtient tous les jours de son extirpation partielle ou totale. Continuation de la matrice, on sait que le col est embrassé obliquement par le vagin, dans lequel il forme une saillie plus considérable en arrière qu'en avant; son extrémité est percée d'une ouverture dont le grand diamètre est transversal; c'est cet orifice que l'on connaît sous l'expression assez bizarre de *museau de tanche*. La saillie que forme le col dans l'intérieur du vagin, quoique variable, offre en général quatre lignes de longueur en avant et cinq en arrière. Mais une connaissance anatomique bien plus importante, que l'on doit aux recherches de M. *Lisfranc*, c'est l'appréciation de la distance du

péritoine à l'extrémité inférieure du museau de tanche : d'après ses recherches, il y a neuf lignes pour la lèvre antérieure, et dix pour la postérieure, connaissance dont on appréciera facilement toute l'importance, puisqu'elle permet de porter très-haut l'instrument tranchant. Je ne m'arrêterai pas à décrire les divers états anormaux que peut présenter le col, tels que son allongement contre-nature, sa division en plusieurs parties, ainsi que les divers changemens qu'il éprouve à la suite d'accouchemens laborieux.

Quelques généralités sur le cancer.

Connue dès l'enfance de la médecine, les Grecs les premiers prenant pour prototype de cette affection la tumeur du sein, dont les veines environnantes, gonflées, variqueuses, peuvent, jusqu'à un certain point, simuler les pattes d'un crâbe, donnèrent à cette affection le nom de καρκινος; les Latins l'appelèrent *cancer* (*cancre, crâbe*). Dans la suite, et à mesure que l'on vint à connaître d'autres maladies qui parurent analogues au cancer des mamelles par quelques-uns de leurs symptômes et surtout par leurs funestes effets sur l'économie animale, quoique différentes quant à leur siége et à leur forme, on les désigna toutes par le nom de *cancer*, peut-être les uns et les autres voulurent-ils dépeindre les effets destructeurs de ce mal affreux et exprimer toute l'horreur qu'il leur inspirait en lui donnant le nom d'un animal dont l'aspect est repoussant.

De tout temps cette affection a fixé l'attention des pathologistes ; aussi l'a-t-on vue marquée tour à tour du cachet des diverses révolutions imprimées aux théories médicales. *Hippocrate* l'attribue à l'attrabile ou levain corrupteur; *Galien, Celse* adoptèrent les mêmes idées; *Boerhaave* a cru en trouver la cause dans l'inflammation qui a son siége dans les parties glanduleuses par le dépôt d'une lymphe devenue âcre; d'après *Desault*, le cancer serait la conséquence de la stase de la lymphe dans les vaisseaux, par l'éréthysme ou l'atonie des solides. *Adams* le fait dépendre de l'existence d'un ver ; M. *Richerand*, de l'aber-

ration des propriétés vitales, d'une lésion de structure; M. *Alibert*, comme ayant son siége dans le névrilème. D'après M. *Broussais*, le cancer n'est autre chose que le dernier degré, que le résultat de l'inflammation chronique, etc.

Toutes ces théories, que nous ne rapportons point dans l'intention de les discuter, sont loin d'être admises; je conclurai seulement que de l'existence de toutes ces opinions la nature du cancer est bien obscure, et que l'obscurité subsistera probablement encore longtemps. Quant à la contagion, je ne pourrai l'admettre après les travaux de MM. *Alibert*, *Biett*, *Dupuytren*; aussi serait-il à désirer qu'ils fussent connus des gens du monde, ils feraient disparaître des préjugés toujours nuisibles, rassureraient les personnes qui donnent des soins aux victimes de ces cruelles affections, et beaucoup d'entre elles n'auraient pas à supporter la répugnance de leurs proches, qui ajoute encore à leurs tourmens, et accélère la marche de leur affection.

CANCER DU COL DE LA MATRICE.

Symptômes et marche.

Ordinairement, dans leur première période, ces affections ne présentent que des symptômes fugaces et obscurs qui se rapportent à d'autres affections; ils ne peuvent qu'exciter l'attention du praticien, et lui faire craindre une maladie qui ne sera bien confirmée et reconnue qu'à sa seconde période; le plus souvent même, les femmes ne reconnaissent leur mal et ne se présentent à l'examen de l'homme de l'art que lorsqu'elle a acquis un développement qui la rend incurable. Si les femmes sont encore réglées, on remarque quelque irrégularité dans la menstruation; les règles deviennent plus fréquentes, la menstruation semble redoubler d'intensité, de légères pertes se manifestent de loin en loin, d'autres fois les règles manquent depuis quelque temps, les mamelles peuvent se gonfler, des vomissemens survenir, et faire croire au début d'une grossesse; mais elles reparais-

sent, et bientôt se changent en pertes. Très-souvent les malades éprouvent un sentiment de strangulation au pharynx, et la sensation d'une boule qui est prête à les étouffer; dans d'autres cas, rien de semblable ne se manifeste; le coït détermine seulement un écoulement sanieux ou sanguin, et le rapprochement des sexes provoque de vives douleurs. Si la maladie a commencé par une ulcération cancéreuse dès le début, la malade ressent, dans la partie affectée, une douleur vive, lancinante, surtout pendant le coït; il survient un écoulement sanguin fétide, quelquefois analogue aux flueurs blanches. Si l'état squirrheux précède, la douleur est nulle, les malades éprouvent un sentiment de pesanteur dans l'hypogastre; par le toucher on s'assure que le col est dur,rénitent,un peu dilaté et béant. A ces divers symptômes s'ajoutent les douleurs lancinantes au col, des tiraillemens aux aines, aux lombes, à la partie supérieure et interne des cuisses; un sentiment de chaleur insolite se fait sentir vers la matrice et au col, l'excrétion des urines est souvent accompagnée ou suivie de douleurs, l'écoulement sanieux devient de plus en plus abondant, et entraîne quelquefois des débris de l'organe altéré; l'odeur de l'écoulement est tellement forte, que la femme elle-même a peine à la supporter; tels sont à peu près les symptômes locaux que l'on observe. Viennent ensuite tous les phénomènes de la cachexie cancéreuse, les fonctions assimilatrices sont troublées, les digestions sont mauvaises, l'amaigrissement est plus ou moins rapide, la fièvre hectique survient, des selles colliquatives viennent ajouter à un état aussi malheureux, et les femmes succombent à des souffrances inouies, en conservant l'intégrité de leurs facultés intellectuelles.

Quant à sa marche, elle peut varier; tantôt quelques mois suffisent pour la conduire à sa dernière période, tantôt des années entières sont employées avant que sa terminaison funeste soit arrivée. Il est de la plus haute importance pour le praticien de la connaître avec certitude, afin de ne pas faire partager aux malades une sécurité dont il serait responsable, surtout si les femmes venaient à temps opportun réclamer ses secours.

Diagnostic.

On croirait au premier abord qu'il serait bien facile, d'après les symptômes que nous venons d'énumérer, de reconnaître un cancer du col de la matrice; mais il n'en est pas toujours ainsi, si l'on est appelé au début de l'affection. En effet, diverses affections utérines, certaines dispositions anormales du col peuvent induire en erreur.

S'il existait des flueurs blanches fétides, accompagnées de douleurs avec engorgement du col, et sous l'influence desquelles la santé générale fût altérée, on pourrait s'en laisser imposer; mais si les douleurs ne sont pas lancinantes, s'il n'existe pas d'ulcérations au col, si par le coït il ne survient pas d'écoulement sanguin, l'illusion disparaîtra bientôt, surtout si l'affection cède à un traitement méthodique.

Y a-t-il simplement allongement du museau de tanche, la femme ne souffre pas, aucun symptôme de cancer n'existe.

Y a-t-il engorgement chronique, les malades éprouvent une sensation de chaleur inaccoutumée dans le vagin et au col de la matrice; cette chaleur est perçue par les personnes qui l'explorent, mais on ne rencontre ni fongosités, ni ulcérations; au moyen du *speculum*, on reconnaît une augmentation de volume, le col saigne au moindre contact, et le sang sort par exhalation des vaisseaux capillaires.

Y a-t-il des polypes cellulo-vasculaires et offrant des symptômes analogues à ceux du carcinome, pouvant, à cause de leur petitesse, échapper aux investigations du praticien, et produire des écoulemens en blanc ou en rouge, accompagnés d'un sentiment de fatigue dans les reins, de tiraillement dans les aines, de pesanteur au fondement, d'un épuisement physique et moral, à cause des pertes de sang et des douleurs; eh bien! par le toucher et la vue, aidés du *speculum*, le doigt rencontrera un ou plusieurs petits corps allongés, pédiculés et

implantés à l'extrémité inférieure de la cavité du col, variant pour le volume depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une fève. A l'aide de la vue on reconnaît que le col et le museau de tanche sont rouges.

Y a-t-il des ulcérations qui pourraient paraître vénériennes, on s'assurera si les sujets ne présentent pas ailleurs d'autres signes de cette affection.

Prognostic.

Détruire la partie qui en est le siége, et de proche en proche celles qui l'avoisinent; tels sont les caractères de l'affection cancéreuse. Il suffira de ce peu de mots pour faire comprendre combien est dangereuse cette maladie, et grave le jugement que l'on doit porter. La mort, plus ou moins prompte, est en effet la terminaison la plus ordinaire de cette affection; mais faut-il, comme le veulent quelques praticiens, avouer une insuffisance complète contre ce funeste fléau? Je ne saurai partager leur opinion, d'après les faits que j'ai observés et les résultats obtenus; aussi, si la maladie est bornée au col, on ne saurait trop se hâter d'y porter remède, remède que l'on trouvera presque toujours dans les moyens dont nous parlerons au traitement.

Anatomie pathologique.

Le plus souvent on trouve une ulcération assez vaste formée par le tissu même de la matrice; sa surface est anfractueuse, parsemée de fongosités inégales, rougeâtres, violettes ou blanchâtres; tantôt la surface est saignante, et ses bords présentent des différences remarquables; en effet, ils sont épais, grisâtres et renversés en dehors; ou bien d'autres fois taillés à pic, toujours recouverts d'une sorte de putrilage dont la couleur varie depuis le noir jusqu'au gris cendré; quelquefois le col est squirrheux. Une ulcération se manifeste à la surface, qui, d'un rouge livide, devient bientôt molle; ses bords sont inégaux, fongueux; le tissu de la matrice est dur, bosselé; l'altération n'existe que

dans l'étendue de quatre à six lignes ; quelquefois cette matière se ramollit, devient semblable au cerveau d'un enfant nouveau-né. Il suffit de comprimer le col pour en faire suinter un liquide épais, blanchâtre. Tantôt ce sont de petites tumeurs d'un blanc opaque, entourées de vaisseaux variqueux, se subdivisant à l'infini ; tantôt des végétations fongueuses, isolées ou agglomérées, qui représentent une espèce de champignon, laissant suinter une sanie fétide ; quelquefois on ne remarque qu'une simple turgescence recouverte d'ulcérations nombreuses de l'épithélium de la membrane muqueuse, d'un rouge foncé ; parfois des végétations infiniment petites, de la grosseur d'un grain de millet. Quelquefois des végétations blanchâtres circonscrivent l'orifice utérin. Plus tard, la muqueuse se ramollit, devient pulpeuse, se déchire avec facilité; en même temps, le tissu du col offre moins de consistance, et au-dessus on trouve la production cancéreuse. Dans d'autres cas, c'est un ramollissement de la muqueuse, parsemée de points rouges, reposant sur de petites tumeurs. La maladie ne tarde pas à faire des progrès, et après avoir détruit d'arrière en avant le col de la matrice, il se propage aux parties contiguës; les parois du vagin se durcissent; le tissu cellulaire qui l'unit au bas-fond de la vessie se confond dans la masse squirrheuse; l'ulcère les dévore, et ne s'arrête que lorsque l'épaisseur de leurs tissus est entièrement détruite; enfin le rectum est désorganisé par les progrès de la fonte putride, et l'on ne trouve plus à la place de ces organes qu'une vaste cavité dans laquelle se rendent, comme dans un cloaque, les urines et les matières fécales, etc.

Étiologie.

On a admis un si grand nombre de causes capables de déterminer la maladie que je traite, que je crois pouvoir me dispenser de les énumérer; je m'arrêterai aux principales. La sensibilité particulière de l'organe, son mode de vitalité, une prédisposition organique, les passions tristes, l'âge adulte de trente-six à cinquante ans, le tempéra-

ment lymphatique; mais si l'on fait attention que c'est le tempérament ordinaire des femmes, on ne devra plus être étonné qu'un grand nombre s'offrent à l'observation, en sorte que je pense qu'il en est de cette maladie comme de beaucoup d'autres, dans l'apparition desquelles le tempérament est souvent indifférent, puisqu'un assez grand nombre de femmes sanguines, nerveuses, n'en ont pas été épargnées. L'hérédité ne doit être considérée comme cause, que parce que les filles tiennent souvent de leur mère une organisation qui peut amener le développement de ces affections sous l'influence d'autres causes. On en a encore indiqué d'autres souvent opposées entre elles : la continence, le libertinage, le célibat, les plaisirs de l'amour à un âge où ils sont encore interdits. M. le professeur *Richerand* rapporte que, sur quarante cas de cancer de la matrice, onze femmes avaient joui du commerce des hommes avant la puberté. D'autres causes peuvent agir directement sur la matrice ; le coït, les manœuvres coupables pour provoquer l'avortement, les avortemens répétés ; la présence d'un corps étranger dans le vagin, tels que pessaires, éponges, la stagnation d'un caillot sanguin à la suite des règles, toute percussion dont l'effet serait dirigé sur cet organe, toute excitation ou irritation quelconque qui tient la matrice dans un état d'irritation, la masturbation, les ulcères syphilitiques, etc. ; cependant il faut convenir que toutes les causes que je viens d'énumérer sont obscures, qu'aucune n'est spécifique; pourtant l'observation apprend que, isolées ou réunies en plus ou moins grand nombre, elles peuvent provoquer le cancer.

Ages.

Constamment cette affection épargne les deux périodes extrêmes de la vie ; il est rare de la rencontrer avant vingt-cinq ans et après soixante ; son époque d'élection paraît être de vingt-cinq ans à cinquante, époque remarquable par la cessation des menstrues, au moins chez les femmes de nos contrées. Hors ces limites, la maladie paraît n'avoir pas été observée, du moins chez les filles impubères; ce qui pourrait

peut-être s'expliquer parce qu'à cet âge la matrice joue un rôle peu important. La vitalité dont elle jouit est si peu développée, son volume si petit, que tout paraît concourir à les mettre à l'abri de cette cruelle affection. Dans la vieillesse, le repos de l'organe utérin, l'absence des passions, doivent être autant de préservatifs pour la femme qui a dépassé l'âge critique.

Traitement.

Traitement médical. Je ne m'arrêterai pas à la série incohérente des médicamens empruntés aux trois règnes, proposés et vantés tour à tour contre le cancer; je m'occuperai seulement des moyens que j'ai vu employer contre les affections du col, sur la nature desquelles il existait du doute; car je ne pense pas que l'affection, arrivée à sa dernière période, puisse jamais être susceptible de guérison et céder à un traitement médical quelconque. Je me baserai sur les observations que j'ai recueillies, et que je me propose de rapporter à la fin de ma thèse.

Si la femme est jeune, pléthorique, si son pouls est plein, le traitement doit être entièrement antiphlogistique. Les saignées procurent un soulagement remarquable, surtout s'il y a suppression des menstrues; dans le cas contraire, il faudra avoir égard à l'époque de leur apparition, mettre huit jours d'intervalle avant leur apparition et autant après. Si la femme est débile, on devra encore insister sur ce moyen, mais avec ménagement. Les évacuations sanguines devront être plus rares, la quantité de sang extraite moins considérable, et de cette manière elles agiront comme révulsif. On pourra y joindre les saignées locales à l'aide de sangsues portées sur le col lui-même ou autour du bassin, moyen qui paraît préférable, et qui n'a pas l'inconvénient de produire des ulcérations carcinomateuses, comme on l'a observé pour les sangsues appliquées sur le col. Il faut seconder ce traitement par des bains généraux et locaux, des cataplasmes demi-liquides maintenus dans le vagin et répétés plusieurs fois dans la

journée, pour éviter qu'ils n'agissent comme irritans, à cause de la prompte fermentation dont ils sont susceptibles. Les douches, proposées et employées avec avantage par M. le professeur *Alibert*, pourront être d'une grande utilité, si les douleurs ne sont pas très-fortes. On retirera encore un très-grand avantage des narcotiques associés aux émolliens. On ne saurait pourtant espérer le moindre succès de ces moyens, si on ne les accompagnait en même temps d'un régime débilitant proportionné à l'idiosyncrasie des sujets. C'est pourquoi on choisira les alimens parmi les végétaux ; on proscrira l'usage des boissons fermentées, auxquelles on suppléera avec avantage par les boissons émollientes. A l'aide de ces moyens, on parvient quelquefois à guérir la maladie. D'autres fois on n'est pas aussi heureux ; l'affection aura seulement été enrayée, ou bien passera à l'état chronique ; alors on emploiera avec avantage les sétons sur les parties latérales de la vulve, les frictions mercurielles, les vésicatoires à la partie interne et supérieure des cuisses. C'est à cet état surtout que les douches en arrosoir seront avantageuses, faites surtout avec des décoctions de plantes narcotiques, telles que la ciguë, la morelle, la jusquiame. Les moxas sur les parties latérales de la région lombaire sont encore un bon moyen, que l'on ne devra pas négliger. Si, malgré tous les moyens que nous venons d'énumérer, la maladie ne cesse de faire des progrès, et qu'une opération ne puisse plus être pratiquée, il ne restera plus d'autre ressource au praticien qu'un traitement palliatif, et l'espérance d'adoucir les derniers momens d'une existence qu'il ne saurait que prolonger.

Traitement des complications.

Le cancer du col peut être accompagné de complications sympathiques qui nécessitent à leur tour tous les soins du praticien ; ainsi, il peut survenir des troubles dans la circulation, les malades présenter tous les signes de l'hypertrophie du cœur, ou bien une affection de poitrine qui pourrait faire craindre une phthisie commençante. Dans les deux cas que nous avons observés, l'amputation a été prati-

quée, et tous les symptômes ont cessé comme par enchantement. Une hémorrhagie peut survenir; comment alors faudrait-il se comporter, surtout si la femme, épuisée par des pertes antécédentes, ne pouvait supporter sans mettre ses jours en danger la plus petite perte? Les astringens à l'intérieur et les injections dans le vagin avec des décoctions de même nature réussiront le plus souvent; mais ils ont l'inconvénient d'irriter les bords de l'artère et de hâter la marche de la maladie. Le tamponnement me paraît préférable, s'il est bien fait, et si l'on a soin qu'il soit éloigné du col. S'il existait une aménorrhée, l'application de quelques sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses suffira le plus souvent.

Traitement chirurgical.

Si l'affection cancéreuse est caractérisée, ou bien si elle laisse quelque doute sur sa nature, et si tous les moyens thérapeutiques que j'ai énoncés, loin d'amender, n'empêchent pas la maladie de faire des progrès, il faut alors recourir de suite aux moyens chirurgicaux, si l'on ne veut pas que l'affection fasse des progrès en étendue, et ôte tout espoir de guérison. Le traitement, ce me semble, pourra se réduire aux deux propositions suivantes : ou bien le mal s'est développé sur le corps même de la matrice, ou bien sur le col et s'y est borné.

Dans le premier cas, faudra-t-il avoir recours à l'extirpation totale de la matrice? Pour répondre à cette question, il me suffira de citer quelques observations. *Aétius* en cite un exemple. *Paré* l'a pratiquée, et s'appuie de l'autopsie : la femme mourut long-temps après d'une pleurésie. *Vieussens* en rapporte un exemple, et s'appuie également de l'autopsie quinze jours après. *Rousset* enleva aussi avec succès la matrice. *Wrisberg* nous donne l'histoire d'une matrone qui, voulant délivrer une femme, exerça des tractions si peu ménagées, qu'elle causa une chute de matrice, et qui, par une barbarie que l'on peut seulement attribuer à son ignorance, coupa tout ce qu'elle put atteindre : la femme fut guérie trois mois après. En 1825, MM. les

professeurs *Marjolin* et *Récamier* extirpèrent sur une femme âgée de soixante ans un utérus cancéreux ; un mois après elle pouvait se lever, ses forces revenaient, son état s'améliorait lorsqu'elle succomba à la suite d'imprudences. Des succès plus rapprochés ont été obtenus par MM. *Blundel* et *A. Smith.* Tous ces faits porteraient à penser que l'extirpation totale de la matrice est praticable. Mais dans tous les cas que je viens de citer, la matrice était dans un état de chute plus ou moins complète ; dans les cas contraires, et d'après les expériences faites sur le cadavre par M. *Lisfranc*, l'opération paraît impraticable, à cause de la rigidité des ligamens larges et ronds de la matrice, qui l'empêchent de céder et de descendre assez bas pour qu'elle puisse être entourée par une ligature ou enlevée au moyen de l'instrument tranchant (1).

Si la maladie, au contraire, s'est développée sur le col et s'y est bornée, une opération devant être pratiquée, le chirurgien ayant eu égard aux circonstances qui pourraient la contr'indiquer, et s'étant assuré autant qu'il est possible de l'intégrité de la matrice, auxquels des moyens suivans devra-t-on avoir recours? Est-ce à la cautérisation? est-ce à la résection au moyen de la ligature? est-ce à l'excision.

Cautérisation.

La cautérisation, que l'on doit à MM. les professeurs *Dupuytren* et *Récamier*, est un moyen excellent, que l'on ne saurait trop recommander lorsqu'il n'existe que des ulcérations superficielles, sans tuméfaction du col, et lorsque la malade n'y éprouve pas de douleurs, ou bien lorsque la maladie a fait de tels progrès qu'elle ne saurait être attaquée par les instrumens tranchans, dans l'impossibilité

(1) Un fait tout récent, qui date à peine de quelques jours, démontre la possibilité de l'extirpation totale de la matrice, quoiqu'il n'existe pas de prolapsus. M. le professeur *Récamier* a enlevé avec autant d'habileté que de sang-froid une matrice cancéreuse. Au moment où j'écris, quatre jours sont révolus depuis l'opération ; la femme n'a éprouvé aucun accident, et tout fait espérer que la guérison aura lieu.

où l'on serait d'attirer au dehors le col à cause de son ramollissement ; or ces cas, je pense que cette méthode serait essentiellement mauvaise, et doit être rejetée, à cause des suites fâcheuses qu'elle doit entraîner, soit en produisant des métrites, des péritonites, soit en faisant faire des progrès à la maladie que je décris. Outre les accidens que je viens d'énumérer, elle a encore les inconvéniens suivans : 1°. d'exiger pour qu'on la mette en usage l'ablation préalable des végétations ; 2°. la nécessité où l'on est de répéter un grand nombre de fois l'application du caustique ; 3°. son action sur les parties saines, malgré toutes les précautions que l'on prend ; enfin les douleurs vives qu'elle détermine. L'excision, au contraire, n'est pas douloureuse, et la facilité avec laquelle on s'est rendu maître jusqu'ici de l'hémorrhagie ; toutes ces considérations me font adopter de préférence l'excision, qui compte des succès nombreux.

La résection au moyen de la ligature.

M. *Mayor*, chirurgien en chef du canton de Vaud, a proposé et met en usage la ligature pour opérer la résection du col utérin ; elle doit être pratiquée, selon ce praticien, de manière à couper ou étrangler instantanément les parties, afin d'y détruire complètement en fort peu d'instans la vie. Malgré tous les avantages que ce chirurgien attribue à cette méthode, nous ne croyons pas qu'elle puisse jamais être préférable à l'excision. L'absence de l'hémorrhagie, loin de devoir être un avantage, me paraît être plutôt une cause d'inflammation de la matrice ; du reste, elle est appuyée sur des faits trop peu nombreux pour qu'on doive la préférer à l'excision.

Excision.

C'est à *Osiander* que l'on doit les premiers essais de cette opération, qui fut couronnée huit fois de succès entre ses mains. Bientôt cette heureuse innovation fut introduite en France par MM. *Dupuytren* et *Récamier*, qui ont éveillé l'attention des praticiens. Je ne m'arrêterai pas à décrire les divers procédés opératoires employés avec succès

par leurs auteurs: celui de M. *Lisfranc* me paraissant préférable, c'est sur ce dernier que je m'arrêterai.

Procédé opératoire (Avenel). La femme étant couchée en supination sur le bord de son lit, les jambes écartées, fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin, et maintenues immobiles par deux aides; le siége étant élevé et dépassant un peu le bord du lit, l'opérateur placé entre les cuisses de la femme, entr'ouvre le vagin avec le pouce, l'indicateur et le médius de la main gauche, tient avec la main droite un *speculum* enduit de mucilage ou d'un corps gras, l'introduit doucement dans le vagin. M. *Lisfranc* emploie un *speculum* composé de deux demi-cylindres d'étain, sur les extrémités desquels sont soudées deux tiges de fer, qui s'articulent entre elles; de cette disposition, il résulte qu'en pressant sur l'extrémité libre de ces tiges, les deux cylindres s'éloignent l'un de l'autre, leur écartement permet plus facilement au col très-volumineux de s'engager dans leur capacité, et aux instrumens nécessaires à l'opération de passer. En outre, en tendant le vagin dans toute son étendue, il empêche qu'en formant une plicature vers son fond il ne vienne à couvrir plus ou moins le col. Les pinces de *Muzeux*, dont fait usage M. *Lisfranc*, sont plus longues et plus fortes que celles dont on se sert ordinairement; leurs crochets, moins courbés, embrassent très-bien l'organe sans que l'on soit obligé de pousser très-loin leur écartement, d'ailleurs la longueur contribue encore à écarter la main de l'aide qui les soutient. L'opérateur, après s'être assuré de la position du col, pour qu'il soit embrassé plus tôt et plus aisément par le *speculum*, introduit cet instrument.

Le museau de tanche est essuyé s'il en est besoin, afin de s'assurer de sa présence, et de voir s'il n'est pas couvert par quelques plicatures du vagin; l'érigne est portée fermée immédiatement au-dessus de l'organe au moment où ses mors sont suffisamment ouverts, et engagés entre le col et les parois du *speculum*, pour saisir s'il est possible deux points diamétralement opposés au premier. L'opérateur pousse légèrement sur eux à mesure qu'ils s'implantent dans le tissu

même de la matrice. Cette manœuvre est indispensable pour suivre le mouvement d'ascension de l'organe, mouvement qui exposerait à le saisir trop bas. On extrait le *speculum* seul très-aisément, puisque l'érigne peut passer dans l'écartement que les deux demi-cylindres laissent entr'eux. Le premier soin doit consister à exercer sur la matrice des tractions légères, lentes et graduées, à l'aide desquelles on tente de l'amener au-dessous de la partie inférieure du vagin, d'abord dans la direction de l'axe du détroit inférieur du bassin; mais pour que la matrice soit mieux saisie, et que tous les points du pourtour de la partie inférieure de son col fassent à l'extérieur une égale saillie, le chirurgien applique les mors d'une seconde érigne sur les extrémités du diamètre transversal ou du diamètre antéro-postérieur de l'organe, suivant la direction dans laquelle la première a été appliquée. Ainsi, quelque tendance qu'éprouve la matrice pendant la section à reprendre sa place dans sa cavité abdominale, les tissus maintenus en place pourront être coupés, soit à la même hauteur, soit à des hauteurs inégales, suivant les circonstances pathologiques. Portant ensuite le doigt indicateur sur le pourtour de l'insertion du vagin, insertion facile à reconnaître à la présence d'une espèce d'anneau au-dessus duquel la pression fait sentir le vide, le chirurgien confie ses pinces à un aide intelligent, qui par des tractions uniformes maintient le col, susceptible d'un prolapsus plus ou moins grand, suivant les sujets. Cet aide est en face du bassin, et l'opérateur armé d'un bistouri courbe, tranchant sur sa concavité, dont la moitié correspondante à l'articulation de la lame avec le manche doit être garnie de linge jusqu'à un pouce et demi environ de son extrémité boutonnée, quelquefois plus, quelquefois moins, suivant le volume du col. L'opérateur commande à l'aide de relever les érignes, pour imprimer à la partie inférieure de la matrice un mouvement de bascule qui fasse saillir davantage la partie postérieure de son col ; ainsi on verra mieux les limites de la maladie qui y siége et l'on pourra couper plus haut.

Le chirurgien glisse ensuite son doigt indicateur à demi-fléchi der-

rière le museau de tanche, mesure avec le doigt, dont la face palmaire est dirigée en bas, la hauteur à laquelle la section doit être faite; le bistouri est placé immédiatement au-dessous de lui, et, au fur et à mesure que l'instrument marche, il le dirige et lui sert de point d'appui, tandis que l'aide abaisse graduellement les érignes, pour faire saillir à leur tour successivement les autres points du col de la matrice, suivant que le chirurgien doit couper à des hauteurs différentes; il est bien entendu que la maladie pouvant s'élever plus d'un côté que de l'autre, cet aide sera chargé, pour que le mal soit complètement enlevé, de donner, par les mouvemens qu'il imprimera aux pinces, des inclinaisons convenables à l'extrémité inférieure de la matrice, et surtout de ne point exercer de tractions trop fortes à mesure que la section s'achève, dans la crainte de déchirer les tissus. Ce bistouri, d'ailleurs, doit marcher en sciant et à petits coups, pour éviter la lésion des grandes lèvres, l'inégalité de la plaie, et les écarts dangereux. Ce temps de l'opération est assez difficile, à cause de la résistance qu'offre dans l'état naturel le tissu du col de la matrice.

Si le col de la matrice est trop volumineux pour pouvoir s'engager dans le *speculum*, on est obligé de faire abstraction de cet instrument, de conduire sur le doigt indicateur des érignes qu'on va fixer sur le museau de tanche. S'il existait une tumeur qui saignât avec la plus grande facilité, l'introduction du *speculum* en froissant cette tumeur pourrait faire couler une assez grande quantité de sang pour qu'il fût impossible, malgré toutes les abstersions et les injections qu'on ferait, de voir le col de la matrice; alors il vaudrait mieux renoncer au *speculum*, et suivre le principe que je viens d'établir.

Des soins consécutifs à l'opération.

Le premier soin, après l'opération, est de surveiller l'hémorrhagie, qui est presque toujours abondante; il faut laisser couler beaucoup le sang, et s'abstenir du tamponnement, comme le conseille M. *Lisfranc*. Si la femme n'est pas excessivement faible et épuisée par des hémor-

rhagies antécédentes, l'hémorrhagie ne doit pas inspirer d'inquiétude, lors même qu'il y aurait des imminences de syncopes ou des syncopes réelles, parce qu'alors le sang cesse presque toujours de couler, ou coule très-peu. Le tamponnement, à cause des inconvéniens qu'il peut avoir, ne doit être employé que lorsque l'hémorrhagie pourrait compromettre les jours de la malade. Chez toutes les malades, et lorsque le sang coule encore, des accidens nerveux surviennent qui effraient le chirurgien qui pratique pour la première fois cette opération, s'il n'en a été prévenu ; la face pâlit, le pouls n'est ni trop fort ni trop plein; des fourmillemens s'étendent jusqu'aux bouts des doigts ; des vertiges, des tremblemens, des soubresauts des tendons, des tintemens d'oreilles se font sentir; une syncope arrive, l'hémorrhagie s'arrête, le vagin se remplit d'un caillot sanguin, le pouls se relève, et tous les accidens cessent. Mais bientôt une congestion s'établit vers l'utérus, la malade éprouve des symptômes hystériformes et des phénomènes sympathiques qui lui font éprouver des angoisses terribles ; il survient des nausées, des vomissemens qui expulsent du vagin le caillot qui suscitait du ténesme, des selles et des besoins factices d'uriner ; l'hémorrhagie recommence, et tous les phémonènes cessent. Dans les cas où les efforts du vomissement n'auraient pas expulsé le caillot, M. *Lisfranc* ordonne de porter le doigt dans le vagin, ou d'y pratiquer des injections pour exciter l'hémorrhagie. Si de nouvelles douleurs survenaient, il faudrait recourir aux petites saignées du bras, de préférence aux applications de sangsues autour du bassin, qui ne pourraient qu'augmenter ou occasionner la congestion sanguine de la matrice; il faudra également recourir à la diète la plus sévère, soumettre la malade aux boissons émollientes et mucilagineuses, se tenir en garde contre les inflammations qui pourraient survenir, les attaquer vivement par des moyens appropriés à la position de la malade. Ordinairement le lendemain les accidens ont cessé ; il faudra néanmoins insister encore quelque temps sur la diète, les émolliens et le repos absolu. Au bout de quelques jours, on nettoiera le vagin à l'aide d'injections émollientes, pour enlever tous les débris

de caillots qui pourraient causer plus ou moins d'irritation. Ordinairement la cicatrisation est obtenue, terme moyen, au bout de six semaines à deux mois; quelquefois elle marche lentement; on emploiera alors avec avantage les injections avec le chlorure d'oxyde de calcium ou sodium à un, puis à deux degrés, et même plus, suivant la dose d'excitation qu'il est convenable de produire. Quelquefois les bourgeons charnus deviennent trop développés, et l'on est obligé de les réprimer, soit avec le proto-nitrate acide de mercure ou le nitrate d'argent. Tels sont les moyens que l'on emploie. On ne saurait pourtant compter sur une guérison, si on n'employait pas des moyens consécutifs appuyés sur l'expérience, tels que l'emploi des petites saignées à des distances plus ou moins éloignées, les bains locaux et généraux, un régime doux, le plus végétal possible, la continence des plaisirs de l'amour. Sans l'emploi de cette sage précaution, que l'on doit continuer quelques mois après la guérison, on aura toujours à craindre une récidive, par l'habitude qu'a contractée la matrice de se fluxionner.

Mais ici se présente naturellement une question fort importante: l'excision du col influe-t-elle en quelque manière sur la marche de la grossesse? Je pourrai répondre, par des faits que j'ai devant moi, que c'est à tort que l'on a avancé qu'elle empêcherait la grossesse d'arriver à sa fin. Jusqu'à présent toutes les femmes opérées et devenues enceintes ont accouché à terme; chez quelques-unes le travail a duré quarante-huit heures. D'autres faits semblables viendront sans doute encore confirmer que les craintes de quelques praticiens n'étaient que chimériques, et qu'ils auraient dû attendre que l'expérience eût parlé avant de former des théories, qui la plupart du temps n'ont pour fondement qu'un sable mouvant qui ne tarde pas à détruire l'édifice qu'ils avaient à peine commencé.

Nous arrêterons-nous quelques instans sur les résultats de l'opération, aussi beaux que consolans pour l'humanité? Sur soixante-quatorze femmes opérées par M. *Lisfranc*, soixante-huit ont joui du bénéfice de l'opération; toutes, il est vrai, n'avaient pas d'affection

cancéreuse; mais leur santé générale était tellement influencée par l'affection du col, que retarder de quelque temps l'opération, c'était les vouer à une mort certaine. Des résultats aussi beaux font honneur à la chirurgie moderne et au praticien qui s'est spécialement occupé de ces affections.

Je terminerai par quelques observations d'affections du col, qui pourront, jusqu'à un certain point, présenter les divers degrés de la maladie. Si je ne suis pas parvenu au but que je m'étais proposé, puisse-t-il du moins plaire à mes savans maîtres, et mériter la satisfaction de mes juges, comme la seule récompense que je puisse souhaiter dans cette occasion !

Ire. OBSERVATION.

Gonflement avec ulcérations du col. Guérison.

Marie Chauvin, âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, était depuis deux ans affectée de flueurs blanches, éprouvait chaque fois qu'elle se livrait au coït de vives douleurs au col de l'utérus, qui étaient presque toujours suivies d'écoulement sanguin. Lors de son entrée à l'hôpital de la Pitié, le 7 septembre 1828, elle était pâle, et ressentait de la pesanteur et de la chaleur dans l'hypogastre, des tiraillemens dans les lombes et dans les cuisses; enfin la menstruation était irrégulière depuis trois mois. Le col, examiné au moyen du *speculum uteri*, était très-volumineux, rouge, granuleux, et présentait plusieurs ulcérations, surtout à la lèvre postérieure. Il y avait un écoulement blanc très-abondant. (Saignée deux palettes, injections de cataplasme demi-liquide dans le vagin deux fois par jour, demie d'alimens.) Le 15, nouvelle inspection; même état du col, les tiraillemens dans les lombes et dans les cuisses ont presque disparu. (Saignée d'une palette, injection *ut suprà.*) Le 20, la malade attend

ses règles; coliques très-fortes dans l'hypogastre, sentiment de chaleur et de pesanteur au fondement. (Quatre sangsues à la partie supérieure de chaque cuisse.) Le 23, les règles n'ont pas paru; même état. (Nouvelles sangsues, un quart, lavement avec camphre gr. vj; et laudanum, gouttes 18.) Le 25, les règles ont coulé pendant six heures; la malade se trouve beaucoup mieux; plus de chaleur vers le col utérin. (Injection *ut suprà.*) Le 5 octobre, nouvel examen du col, qui est toujours volumineux, mais moins rouge, moins granuleux, et une grande partie des érosions ont disparu; l'écoulement est moins abondant; les douleurs sont beaucoup moins vives. (Saignée, injections.) Le 17, le col de la matrice est moins rouge, les granulations et les érosions qui y existaient ont presque complètement disparu; il n'existe plus d'écoulement par le vagin. (*Ut suprà.*) Le 24, les règles ont coulé pendant trois jours. Le 3 novembre, nouvelles douleurs dans les reins, avec chaleur vers le col, tiraillemens dans l'hypogastre avec sensibilité à la pression. (Saigné deux palettes, un quart, lavement avec camphre et laudanum.) Le 19, le col est moins tuméfié; il n'existe plus de granulations ni d'érosions, la muqueuse ne présente plus de rougeur, si ce n'est qu'au pourtour de l'orifice utérin. (Saignée une palette, injections.) Le 28, les règles ont paru et coulé. (Injections.) Le 7 décembre, le col a encore diminué de volume, la rougeur existe toujours autour de l'orifice utérin. (Saignée, injection.) Le 26, les règles ne paraissent pas, douleur dans l'hypogastre. (8 sangsues aux cuisses.) Pendant le mois de janvier, la malade n'est pas examinée au *speculum*, à cause de la rigueur de la saison. Elle fut soumise aux injections; une saignée lui fut pratiquée le 15. Le 7 février, on examine le col, il est revenu à son état naturel; il n'existe plus de rougeur; depuis un mois aucune douleur vers le col; la fraîcheur du teint et l'embonpoint sont revenus. (Saignée, injections.) Le 18, nouvel examen du col; la guérison s'est soutenue. Elle sort le même jour.

II^e. OBSERVATION.

Gonflement avec ulcérations du col. Guérison.

Une femme d'une constitution délicate, mariée, âgée de trente-deux ans, fit, il y a seize mois, une fausse-couche; depuis ce temps elle n'a jamais recouvré sa santé et sa gaîté ordinaires; les règles, qui étaient toujours venues à des époques fixes, ont coulé plus abondamment qu'avant la fausse-couche, et plusieurs fois avec assez d'abondance pour que la malade fût obligée de garder le lit; ces pertes ont beaucoup altéré sa constitution. La malade est pâle, elle éprouve depuis six mois, vers la matrice et son col, des élancemens alternant avec un sentiment de cuisson et d'ardeur qui s'étendent jusqu'aux reins. Entrée le 6 juillet à l'hôpital de la Pitié, elle ne fut examinée que le 16, à cause des menstrues, qui n'avaient cessé de couler. Au toucher, on trouve le col plus volumineux, chaud, il présente une turgescence avec sensation de ramollissement dans toute son étendue; l'orifice utérin est dilaté. Par la vue, on constate qu'il existe une rougeur foncée et des ulcérations de forme variable, plus nombreuses sur la lèvre antérieure. (Repos absolu au lit, cataplasme avec décoction de morelle, saignée deux palettes.) Le 30, le col est moins rouge, les ulcérations sont moins larges. (Injections *ut suprà.*) Le 16 août, les règles ont coulé moins abondamment, et ont produit moins de faiblesse et d'abattement. (*Ut suprà.*) Le 20, la douleur et la turgescence sont nulles; les ulcérations sont décolorées. (Saignée d'une palette, injection avec le chlorure de calcium à deux degrés.) Le 30, on a continué les injections avec le chlorure porté jusqu'à cinq degrés. Les ulcérations sont presque cicatrisées; la malade reprend sa gaîté; elle ne ressent plus aucune douleur. Examinée le 18, on s'assure que le col est à l'état normal, que les ulcérations sont cicatrisées. Sa guérison n'est pas douteuse. Elle sort le 26 novembre.

III^e. OBSERVATION.

Gonflement avec ulcérations du col. Guérison.

Jeanne Bragens, âgée de trente ans, mariée, d'une bonne constitution, fut prise il y a deux ans de flueurs blanches avec douleurs assez vives dans les aines, les cuisses, ardeur et chaleur vers le col; elle eut plusieurs pertes, entre autres une qui dura quinze jours. Elle entra le 20 septembre 1828 à la Pitié : elle était pâle, maigre; au toucher, le col est trouvé très-volumineux; à la vue, il est rouge dans toute son étendue, présentant au pourtour de l'orifice utérin une multitude d'ulcérations et un boursoufflement très-prononcé. Cette malade resta quatre mois à l'hôpital, fut soumise à huit saignées, aux cataplasmes avec décoction de morelle, et à quelques applications de sangsues pour rappeler les menstrues. Elle sortit le 30 mars 1829.

IV^e. OBSERVATION.

Engorgement avec ulcérations du col. Guérison.

Virginie Foucher, d'une bonne constitution, avait toujours joui d'une bonne santé ; mais depuis un an elle commença à éprouver quelques jours avant les règles des douleurs dans les reins avec sentiment de pesanteur vers la matrice, qui disparaissaient après l'écoulement des menstrues, plus abondantes qu'à l'ordinaire. La malade n'y fit guère attention ; mais dans les premiers mois de 1828, les douleurs devinrent plus fréquentes et plus vives, et parfois lancinantes ; l'écoulement en blanc devint presque permanent. La malade s'inquiéta, consulta un médecin, qui lui conseilla des injections astringentes, qui ne firent qu'augmenter les douleurs. La tristesse et l'inquiétude commencèrent à s'emparer de la malade, qui se décida à entrer à la Pitié.

Le 16 août, le toucher fait connaître que le col est doublé de volume, allongé, sensible à la pression ; son orifice est arrondi, dilaté; la lèvre postérieure est surtout augmentée de volume. A l'aide du *speculum* on reconnaît trois ulcérations siégeant sur la lèvre postérieure, et irradiant du centre à la circonférence. (Saignée, cataplasme avec décoction de morelle.) Le 20, le col offre le même volume, mais il est moins rouge. (Injection, *ut suprà*). Le 25, douleurs de reins très-fortes ; depuis hier, élancemens dans la matrice, écoulement blanc très-abondant. (Saignées, deux palettes, inject.) Le 30, les menstrues, qui avaient coulé abondamment, sont arrêtées, les douleurs ont cessé. (Inject. *ut suprà.*) Le 11 septembre, le col est sensiblement affaissé, la couleur est à l'état normal, si ce n'est au pourtour de son orifice; les ulcérations sont cicatrisées, les cicatrices sont d'un rouge assez foncé, et contrastent avec le reste du col. (Saignée, inject.) Le 25, élancemens vers la matrice et les reins. Les 26, 27 et 28, mêmes douleurs. Le 30, les règles ont paru, les douleurs se sont dissipées. Le 10, aucun symptôme vers l'utérus. (Continuation des inject.) Le 27, examiné au *speculum*, le col présente son volume naturel, la guérison est complète. Elle sort le même jour.

V^e^. OBSERVATION.

Engorgement avec ulcérations du col. Progrès de la maladie. Opération.

Fanny Guillan, âgée de vingt-quatre ans, ayant toujours joui d'une excellente santé jusque il y a six mois, époque à laquelle elle éprouva des dérangemens dans la menstruation. Bientôt survint un écoulement blanc, des douleurs et des cuissons vers la matrice. Elle entra à la Pitié le 6 août 1828. Voici ce qu'elle présentait de remarquable : le col était tuméfié, chaud et douloureux, plus mou que dans l'état naturel, d'un rouge foncé ; plusieurs ulcérations reposent sur le tissu même de la matrice; leur surface est grise jaunâtre, de la largeur d'une lentille; le toucher est très-douloureux ; enfin, elle était

affectée d'écoulement blanc très-abondant. (Saignée de deux palettes, inject. avec cataplasme, et décoction de morelle.) Le 13, nouvel examen, même état du col, qui paraît plus ramolli; on pratique une saignée, qui diminue les douleurs vives de la matrice et des reins ; la menstruation s'est faite à l'époque ordinaire, mais plus abondamment. (Inject. *ut suprà.*) Le 18, l'écoulement blanc est plus abondant, la douleur des reins et de la matrice est très-vive. (*Ut suprà.*) Le 22, on examine, à l'aide du *speculum uteri ;* les ulcérations sont beaucoup plus larges et tendent à se réunir; le col est plus tuméfié, très-sensible au toucher; les douleurs ne sont pas aussi vives depuis quelques jours, la santé générale s'altère. Ennuyée de ses souffrances, la malade réclame instamment l'opération, qui est pratiquée le 26. Les suites ont été très-heureuses, la cicatrisation est complète le 27 novembre. La femme est sortie le 3 décembre 1828.

VI^e^. OBSERVATION.

Engorgement avec ulcérations du col. Progrès de la maladie. Opération.

Marie Noirot, âgée de vingt-neuf ans, s'aperçut à la suite de son deuxième enfant, dont elle accoucha il y a trois ans, que ses règles n'avaient plus d'époque fixe ; elle éprouvait une cuisson au col de la matrice, souffrant beaucoup pendant et après les approches de son mari. Cette malheureuse est inondée par un écoulement abondant. Ayant été soumise inutilement à plusieurs traitemens, elle se décida à entrer à la Pitié, à cause des douleurs presque continuelles qu'elle éprouvait à la matrice, accompagnées de tiraillemens dans les reins et les cuisses. Le 28 oct. 1828, on trouve le col plus volumineux, très-sensible au toucher. Examiné au *speculum*, le col est très-rouge, parsemé, surtout à la lèvre postérieure, de plusieurs ulcérations arrondies. (Saignées, deux palettes, inject. et catapl. avec décoct. de morelle.) Le 10 novembre, application de huit sangsues aux cuisses, pour rappeler les règles, qui avaient paru et cessé. Le 12, les piqûres de

sangsues ont coulé abondamment ; les douleurs sont un peu calmées (Injections.) Le 15, douleurs vives vers la matrice. (Saignée, inject.) Le 20, le col est moins rouge, les ulcérations sont stationnaires. (*Ut suprà.*) Le 28, la malade éprouve plus de douleurs qu'à l'ordinaire, ce qui l'empêche de dormir. (Saignée, inject., un quart de lavement camphré avec laudanum.) Le 9 janvier, la lèvre antérieure est moins rouge, les ulcérations de la lèvre postérieure sont moins étendues ; les douleurs sont moins fortes, l'écoulement beaucoup moins abondant. (Inject., lavement *ut suprà.*) Le 15 février, les douleurs depuis quelques jours sont plus vives que jamais ; la malade ne peut goûter un moment de sommeil. (Saignée, injections.) Le 27, le col est toujours très-tuméfié ; les ulcérations sont plus étendues, plusieurs se sont réunies ; la lèvre postérieure est ramollie. M. *Lisfranc* annonce que cette femme ne pourra guérir que par l'opération ; la maladie ne cesse de faire des progrès jusqu'au 23 mars, jour où fut pratiquée l'opération. Deux mois après, la cicatrisation est complète, la malade a repris sa gaîté et son embonpoint. Elle sort le 5 juin 1829.

VII^e. OBSERVATION.

Engorgement avec ulcérations carcinomateuses du col. Opération.

Henriette, âgée de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, éprouvant depuis dix-huit mois des tiraillemens dans les lombes, les aines, accompagnés d'élancemens vers la matrice, écoulement blanc, irrégularité de la menstruation, entra en janv. 1827 pour un phlegmon du doigt. Tourmentée par les douleurs de matrice, et avertie par ses compagnes des succès de M. *Lisfranc*, elle se décida, malgré sa répugnance, à faire connaître sa maladie. Examinée, on trouva le col considérablement tuméfié, induré, bosselé ; plusieurs ulcérations profondes qui s'étendaient jusque dans la cavité du col, leurs surfaces étaient couvertes de végétations fongueuses saignant au plus léger contact ; écoulement fétide. Vainement on employa les antiphlogistiques et les nar-

cotiques, la maladie fit des progrès; l'opération est pratiquée le 5 mars. La femme sort guérie le 27 mai.

VIII^e. OBSERVATION.

Engorgement avec ulcérations carcinomateuses du col. Opération.

Désirée, âgée de vingt-cinq ans, fut prise il y a huit mois, à la suite d'une fausse-couche, de douleurs vagues vers l'utérus, qui se changèrent bientôt en douleurs lancinantes; les lombes, les aines étaient le siége de tiraillemens; écoulement blanc très-abondant, d'une odeur fétide. Entrée au commencement de janvier à la Pitié, le col de la matrice est doublé de volume, le tissu en est dur, bosselé; la lèvre antérieure présente une ulcération large, profonde, dont les bords sont renversés en dehors; le fond en est grisâtre. Près de l'orifice utérin du côté droit, végétations de la grosseur de grains de chenevis, siégeant sur l'ulcère et saignant par le plus léger contact; le pus exhale une odeur fétide *sui generis*. Les antiphlogistiques, les narcotiques, etc., échouent complètement. L'opération est pratiquée le 19; elle sort le 20 mars radicalement guérie.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulier in utero gerens sectâ venâ abortit, et magis, si major fuerit fœtus. *Sect.* 5, *aph.* 31.

II.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 32.

III.

Si mulieri purgationes non prodeant, neque horrore, neque febre superveniente, cibi autem fastidia ipsi accidant, hanc in utero gerere putato. *Ibid.*, *aph.* 61.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

V.

A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

VI.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 8, *aph.* 5.

VII.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 3.

DISSERTATION

N° 175.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR F. GUARRO, de Capellades.

On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou par un motif d'intérêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. LA BRUYÈRE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur*.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Président*.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Examinateur*.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL, *Suppléant*. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille, *Examinateur*.
Dance.	Ratheau, *Examinateur*.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Suppléant*.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage d'amour filial et de la plus vive reconnaissance.

F. GUARRO.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

PARMI les nombreuses maladies qui affligent l'espèce humaine, la pneumonie est, sans contredit, l'une des plus fréquentes et des plus graves, et par cela même une des plus intéressantes de la médecine pratique. La structure délicate des poumons, l'abondance de sang qui afflue dans leur parenchyme, les vicissitudes de l'air qui les pénètre, les mouvemens dont ils sont perpétuellement agités, l'importance de leurs fonctions et leur sympathie avec la peau et les principaux organes de l'économie rendent plus que suffisamment raison de la fréquence et de la gravité de cette affection.

La pneumonie ou inflammation des poumons se trouve décrite dans les auteurs sous le nom de *péripneumonie*, de *fluxion de poitrine*, de *fièvre péripneumonique* et de *pleuropneumonie* par ceux qui croient que l'inflammation de la plèvre est une compagne inséparable de la maladie dont nous parlons.

Causes.

Les causes de la pneumonie sont prédisposantes et occasionnelles. Les premières dépendent des climats, des saisons, du sexe, de l'âge, des professions, etc.

L'observation de tous les temps a démontré que cette maladie est plus commune dans les pays froids que dans ceux où la température est constamment élevée. Il n'est pas moins constaté qu'elle est plus fréquente dans certaines saisons que dans d'autres; la fin de l'hiver, le printemps et le commencement de l'été sont beaucoup plus féconds en pneumonies que les autres temps de l'année; à mesure qu'on s'éloigne de ces époques, elle devient de plus en plus rare.

L'homme est beaucoup plus sujet à la pneumonie que la femme. Cela tient sans doute à sa vie plus active et à ses travaux plus pénibles, qui l'obligent à endurer très-souvent la pluie, la neige et le froid.

L'âge ne met pas à l'abri de cette affection. L'enfant et le vieillard en sont souvent atteints; cependant elle paraît être un peu plus commune depuis vingt jusqu'à trente ans.

Les professions qui prédisposent le plus à l'inflammation des poumons sont celles qui exposent aux intempéries de l'air, comme celles de maçon, de charpentier, de berger, de postillon, de portefaix; celles qui nécessitent souvent le passage du chaud au froid, comme celles de boulanger, de forgeron, de verrier; celles qui fatiguent beaucoup les organes de la voix, comme celles de chanteur, de crieur public, de joueur d'instrumens à vent; et enfin celles qui exposent à inspirer un air chargé des molécules irritantes, comme celles de meûnier, de batteur de plâtre, etc.

Les causes occasionnelles sont : les exercices violens, les coups et

les chutes sur le thorax, les fractures de côtes, la lésion des poumons par un instrument vulnérant, l'inspiration des gaz irritans, des substances diverses à l'état de poussière ; les boissons froides, les bains froids, ou le simple contact de l'air froid lorsque le corps est en sueur; les efforts violens de la voix, l'équitation contre le vent du nord, les virus de la rougeole, de la variole, de la scarlatine; la suppression d'une hémorrhagie, la dessiccation d'un ulcère, l'ommission d'une saignée habituelle, une métastase dartreuse, goutteuse ou rhumatismale; la propagation de l'inflammation d'un organe voisin au poumon; enfin les grandes opérations chirurgicales.

Anatomie pathologique.

Laennec, prenant pour base l'anatomie pathologique, a établi trois degrés dans la pneumonie, savoir : l'engouement inflammatoire, l'hépatisation rouge et l'infiltration purulente. Dans l'engouement inflammatoire (premier degré), le poumon est gorgé d'une sérosité sanguinolente, moins crépitant et plus pesant que dans l'état naturel ; la couleur est d'un rouge livide ou brunâtre tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ; si on le coupe, il s'en écoule une grande quantité de sérosité rougeâtre et spumeuse. Jusque-là, rien ne distingue cet engouement inflammatoire de celui qui survient dans les derniers momens de la vie; mais un caractère d'une bien plus grande valeur est la diminution de consistance du tissu pulmonaire, d'autant plus sensible que l'inflammation est plus près d'atteindre le second degré. Dans celui-ci (hépatisation), il est dense, compacte, non crépitant, plus pesant que l'eau et très-friable. En l'incisant, il s'en écoule un liquide sanguinolent, non écumeux et beaucoup moins abondant que dans le premier degré; les parois divisées présentent une infinité de petites granulations pressées les unes contre les autres; elles sont plus apparentes, si la division a été opérée par déchirure. Quelques pathologistes croient que le poumon hépatisé est plus volumineux que

dans l'état naturel ; mais cette augmentation de volume n'est qu'apparente, et dépend de ce qu'un poumon entièrement privé d'air ne s'affaisse pas, quand on ouvre la poitrine, comme celui qui est parfaitement perméable à l'air. La pneumonie, au second degré, ne se présente pas toujours sous la forme que nous venons de décrire : quelquefois le tissu du poumon est mollasse, comme dans l'engouement, et tout à fait privé d'air, comme dans l'hépatisation ; il ressemble au parenchyme de la rate, et quelques médecins ont, par ce motif, désigné cet état pathologique sous le nom de *splénisation*. Dans le troisième degré (infiltration purulente), le parenchyme est compacte, plus pesant que l'eau, imperméable à l'air, comme dans le degré précédent; et, de plus, il est grisâtre et beaucoup plus friable. Il se déchire avec une telle facilité, que la moindre pression produit des cavités qui se remplissent de pus, et qu'on pourrait prendre pour des abcès. Si on le coupe, il s'en écoule un liquide jaunâtre, purulent. L'intérieur des poumons présente toujours un aspect grenu, mais les granulations sont grisâtres. Le pus est presque toujours disséminé dans le tissu pulmonaire ; on a rencontré cependant de véritables abcès, mais ils sont très-rares. Quand le tissu pulmonaire a été frappé de gangrène, on y trouve des plaques grisâtres, verdâtres, noirâtres, exhalant une odeur caractéristique, fermes ou tombant en déliquium, et laissant écouler une sanie noirâtre, fétide.

La membrane muqueuse des bronches qui est comprise dans les parties phlogosées des poumons est ramollie et d'une couleur plus ou moins rouge.

La plèvre présente communément dans la partie qui correspond à l'inflammation du poumon une exsudation albumineuse ou des fausses membranes d'autant plus fermes que la durée de la pneumonie a été plus longue. En même temps, on trouve dans la partie la plus déclive de la poitrine quelques cuillerées d'un liquide louche ou de couleur citrine.

Symptômes.

La pneumonie est quelquefois précédée de plusieurs jours de lassitudes, d'inappétence, d'un malaise général accompagné d'alternatives de chaud et de froid ; mais le plus souvent elle survient tout à coup, ou bien elle se montre pendant le cours d'une autre maladie. Quelle que soit la manière dont elle débute, voici les symptômes qui la caractérisent : douleur dans un des côtés de la poitrine, dyspnée, toux, crachats visqueux, sanguinolens; son mat, modification du bruit respiratoire, et quelquefois de celui de la voix, fièvre, etc.

La douleur, quand la maladie est sans complication, est ordinairement obscure, gravative ; c'est une sensation de gêne, de malaise, une sorte de poids plutôt qu'une véritable douleur. Lorsque la plèvre participe à l'inflammation, la douleur devient alors très-vive, pongitive, et se fait sentir dans le voisinage de la mamelle. La toux, les mouvemens inspiratoires, la pression intercostale, la percussion, et surtout le décubitus sur le côté malade, ajoutent à son intensité.

La dyspnée, dans la pneumonie, offre plusieurs degrés. Lorsqu'elle est peu considérable, les malades n'en ont pas la conscience; ils parlent librement, changent facilement de position A un degré plus fort, ils éprouvent de l'oppression ; les mouvemens respiratoires sont courts, rapprochés, les grandes inspirations impossibles, la parole entrecoupée, haletante; les mouvemens brusques augmentent considérablement la difficulté de respirer. A un degré plus avancé, les malades se plaignent souvent d'avoir sur la poitrine un poids qui les étouffe; ils sont entièrement occupés à respirer; la face, d'un rouge violacé, exprime une grande anxiété; les narines se dilatent avec force ; les inspirations sont très-courtes, très-accélérées; ils ne peuvent garder la position horizontale. Dans cet état d'angoisse, les malades peuvent à peine parler, tant ils sont comme haletans et essoufflés. Lorsque la dyspnée est parvenue à ce degré, la terminaison est presque toujours funeste.

La toux, sèche au début, s'accompagne bientôt de l'expectoration de quelques mucosités bronchiques. Vers le deuxième ou troisième jour de la maladie, quand le râle crépitant commence à se faire entendre, les crachats deviennent visqueux, sanguinolens, transparens, mêlés d'une infinité de bulles d'air, et d'une couleur uniforme. Suivant la quantité de sang qu'ils contiennent, les crachats sont verdâtres, jaunes, rouillés ou rouges. A cette période de la maladie, ils adhèrent entr'eux de manière à former une masse transparente, homogène; mais ils n'ont pas encore assez de viscosité pour adhérer aux parois du vase : si on incline celui-ci, ils s'en écoulent avec une grande facilité. Quand la maladie s'aggrave, qu'elle passe au deuxième degré, ils deviennent d'une viscosité telle, que le vase qui les contient peut être renversé sans qu'ils se détachent de ses parois. Dans le troisième degré, l'expectoration est plus difficile; les crachats sont petits, grisâtres, striés de lignes blanches, opaques, véritablement purulens; parfois ils ressemblent à une sérosité rougeâtre ou brunâtre qu'on a comparée à du jus de pruneaux. Dans quelques cas, l'expectoration se supprime entièrement. Chez les uns, les crachats sont sécrétés; mais ils ne sont pas expulsés, soit à cause de leur extrême viscosité, soit à cause de l'extrême faiblesse du malade. Ils s'accumulent successivement dans les bronches, dans la trachée-artère et le larynx, obstruent ces conduits, et la mort par asphyxie en est le fréquent résultat (1). Chez d'autres malades, la sécrétion des crachats cesse d'une manière plus ou moins brusque par l'exaspération de la phlegmasie. Lorsque la pneumonie se termine par gangrène, les crachats sont diffluens, verdâtres ou grisâtres, exhalant l'odeur du sphacèle.

Quand on pratique l'auscultation dès le début de la pneumonie, elle fait entendre, avec le murmure respiratoire, un bruit particulier assez analogue à celui que produit le sel marin lorsqu'on le projette sur des charbons ardens, ou bien à celui que produit, en pressant

(1) *Andral*, Clinique médicale.

entre les doigts, le poumon d'un cadavre. Cette modification de la respiration a été désignée par *Laennec* sous le nom de *râle crépitant* ou de *crépitation*. Ce signe pathognomonique de la pneumonie au premier degré manque rarement, et il est d'autant plus sensible qu'elle a son siége plus près de la surface pulmonaire. A mesure que la phlegmasie fait des progrès, le râle crépitant devient plus abondant, et finit par étouffer complètement le bruit respiratoire ; puis il diminue et cesse de se faire entendre, ainsi que la respiration vésiculaire : alors la pneumonie a passé au deuxième degré. Dans cette période, l'auscultation ne fait entendre ni le râle crépitant, ni le bruit respiratoire, et l'absence de ces phénomènes est souvent le seul signe de l'hépatisation. Dans certains cas, ils sont remplacés par un bruit désigné sous le nom de *respiration bronchique*, qui paraît être produit par l'entrée et la sortie de l'air dans la trachée-artère et grosses bronches, et par la bronchophonie ou résonnance de la voix. Quant aux signes que fournit l'auscultation pour caractériser la suppuration pulmonaire, ils ne sont pas bien connus. Selon *Laennec*, lorsque l'infiltration du pus passe de l'état concret à celui de ramollissement, on entend un râle muqueux plus ou moins marqué. Ce signe est loin de mériter confiance, principalement lorsqu'il n'est pas accompagné d'autres symptômes qui font présumer cet état des poumons. En même temps qu'on entend dans le poumon malade les différens bruits dont nous venons de parler, le poumon resté sain, qui doit suppléer les fonctions du poumon malade, fait entendre le bruit d'expansion pulmonaire plus prononcé que dans l'état naturel. C'est à cette intensité accidentelle du bruit respiratoire qu'on a donné le nom de *respiration puérile*.

Pendant le premier degré de la pneumonie, la poitrine résonne à peu près comme dans l'état naturel, à moins que l'engouement ne soit déjà voisin de l'hépatisation. Le son de la poitrine est alors plus ou moins mat, selon que l'hépatisation est plus ou moins avancée ; mais si l'engorgement occupe la partie inférieure du poumon droit, s'il est central ou forme des noyaux séparés et peu étendus, la percussion n'est d'aucun secours.

Au début, la fièvre existe constamment; elle est généralement en rapport avec l'étendue et l'intensité de l'inflammation; le pouls est d'ordinaire fréquent et large, quelquefois d'une petitesse remarquable. Ce dernier état du pouls peut tenir à une faiblesse réelle ou à l'intensité de l'inflammation, et disparaît alors sous l'influence d'une ou deux saignées. Il est de la plus haute importance de distinguer ces deux états, car autant les évacuations sanguines sont nuisibles dans le premier cas, autant elles sont utiles dans le second. L'âge du malade, l'état de ses forces avant l'invasion de la maladie, et, dans le cas de doute, l'emploi d'une petite saignée, serviront à établir cette distinction. En effet, si, après l'emploi de la saignée, le pouls se relève, si la dyspnée diminue, nul doute que la petitesse du pouls ne soit due à l'intensité de la maladie. Si, au contraire, le pouls devient plus misérable, si la dyspnée et la prostration augmentent, si les crachats se suppriment, la faiblesse est réelle; il faut abandonner la saignée et avoir recours aux révulsifs énergiques. La fréquence du pouls est en rapport direct avec la fréquence des inspirations. Cependant, vers la fin de la maladie, on observe souvent que le pouls s'approche de l'état naturel, bien que la respiration devienne de plus en plus accélérée. Les autres symptômes qui accompagnent cette phlegmasie sont les suivans : décubitus ordinairement sur le dos, face colorée, yeux brillans, parfois insomnie, céphalalgie, peau chaude, langue ordinairement humide, anorexie, soif, constipation, urines rares et rouges; le sang tiré par la saignée est couenneux.

Marche.

Après avoir décrit chaque symptôme en particulier, nous allons exposer l'ordre suivant lequel ils apparaissent, se succèdent, et se combinent dans les différentes phases de cette affection; c'est-à-dire la marche de la maladie.

La pneumonie débute de plusieurs manières. Le plus souvent les malades sont pris tout à coup d'un frisson accompagné de douleur

dans un côté de la poitrine ; en même temps la respiration est gênée, la toux sèche ou catarrhale. A cette époque, l'auscultation fait entendre un mélange de râle crépitant et de bruit respiratoire. La poitrine, percutée, résonne encore très-bien ; la fièvre est plus ou moins intense. Vers le deuxième ou troisième jour, les crachats deviennent visqueux, sanguinolens ; le râle crépitant, de plus en plus abondant, finit par masquer le bruit d'expansion pulmonaire ; la sonoréité de la poitrine diminue, la dyspnée et la fièvre augmentent. Cet ensemble de phénomènes constitue la pneumonie au premier degré. Si elle doit se terminer par résolution, la légère matité du son disparaît, le râle crépitant est remplacé peu à peu par le bruit respiratoire, les crachats deviennent d'abord moins rouges et moins visqueux, puis ceux d'une simple bronchite ; la dyspnée et la toux diminuent, la fièvre cesse, et la peau s'humecte. Quand la pneumonie, au lieu de marcher vers la guérison, s'aggrave et passe au deuxième degré, la dyspnée augmente, les crachats deviennent muqueux ou d'une viscosité telle, qu'on peut renverser le vase qui les contient sans qu'ils se détachent de ses parois ; l'auscultation ne fait entendre ni le râle crépitant, ni le bruit respiratoire ; ils sont quelquefois remplacés par la respiration bronchique et la bronchophonie. A ce degré, le prognostic est fort sérieux ; elle se termine à peu près un aussi grand nombre de fois par la santé que par la mort. Lorsqu'elle doit repasser au premier degré, le râle crépitant se fait entendre de nouveau (*rhoncus crepitans redux*, Laennec) sous formes de bulles grosses, humides, inégales, auxquelles se joint le bruit d'expansion pulmonaire, qui tous les jours devient plus marqué et finit par exister seul. Le son de la poitrine s'éclaircit par degrés ; l'expectoration devient catarrhale ; la dyspnée et la fièvre diminuent, puis cessent entièrement. Enfin la pneumonie peut faire de nouveaux progrès, et passer au troisième degré ; alors les symptômes s'aggravent de plus en plus, la dyspnée augmente, l'expectoration est plus difficile, les crachats sont petits, grisâtres, striés de lignes blanches, quelquefois liquides et brunâtres, et semblables à du jus de prunaux ; le son est mat, le bruit respira-

toire nul. Si le pus se réunissait en foyer, on pourrait entendre le râle caverneux et la pectoriloquie. Les traits de la face s'altèrent de plus en plus ; la prostration augmente ; le pouls devient plus fréquent et plus petit, parfois il se ralentit, tandis que la respiration s'accélère de plus en plus ; l'expectoration devient impossible; enfin la respiration stertoreuse, l'inégalité et l'intermittence du pouls, le refroidissement des extrémités, des sueurs froides et visqueuses annoncent les approches de la mort.

La pneumonie se termine rarement par gangrène. Quand cette terminaison a lieu, elle est annoncée par la fétidité de l'haleine et l'expectoration de crachats diffluens, verdâtres ou brunâtres, d'une odeur gangréneuse ; en même temps il survient une prostration extrême et subite des forces; la face se décompose, le pouls s'affaiblit, et les malades présentent tous les symptômes d'une fièvre adynamique. Les signes fournis par l'auscultation sont à peu près les mêmes que ceux des abcès des poumons ; seulement la résonnance de la voix dans les excavations gangréneuses est plus nette et plus forte que dans les abcès; on n'y entend pas non plus l'espèce de frottement qui existe quelquefois dans ceux-ci. *Laennec* ne croit pas que la gangrène du poumon soit due à l'intensité de la phlegmasie, attendu qu'elle ne survient pas ordinairement dans les pneumonies les plus intenses, mais dans celles qui affectent des individus épuisés par des chagrins, par des privations et par les progrès de l'âge. Il rapproche la nature de cette inflammation de celle des autres affections gangréneuses, telles que le charbon, la pustule maligne, dans lesquelles les symptômes inflammatoires ne sont que secondaires. Une fois la gangrène déclarée, la maladie marche avec une extrême rapidité, et devient promptement mortelle. Elle n'envahit presque jamais la totalité d'un poumon.

Ordinairement la pneumonie parcourt ses périodes d'accroissement, d'état et de déclin d'une manière continue; elle offre des paroxysmes qui ont lieu le soir et pendant la nuit. La durée la plus ordinaire est d'un à trois septénaires ; les crises qui la terminent s'obser-

vent le plus souvent le septième, le onzième, le quatorzième et le vingtième jour de la maladie. (*Andral.*)

Variétés.

La pneumonie offre plusieurs variétés relatives à son siége; les principales sont : la pneumonie double, la pneumonie centrale et la pneumonie lobulaire. Quand l'inflammation occupe les deux poumons à la fois, la dyspnée est considérable, la face est très-altérée, la sonoréité de la poitrine est quelquefois égale des deux côtés, ce qui rend nuls ou de peu de valeurs les signes fournis par la percussion; mais l'auscultation fait entendre les signes propres à la pneumonie dans les deux côtés de la poitrine. La pneumonie centrale est celle qui ne s'étend pas jusqu'à la face costale des poumons; elle présente les mêmes crachats, le même mouvement fébrile, et la même difficulté de respirer que la pneumonie ordinaire; elle diffère des autres par l'absence de la douleur, sans doute parce que la plèvre ne participe pas à l'inflammation, et par la difficulté ou l'impossibilité de la reconnaître par l'auscultation et la percussion, quand la phlegmasie est très-peu étendue ou s'étend peu vers la circonférence de l'organe. La pneumonie lobulaire se trouve disséminée çà et là, et occupe de petites parties isolées par un tissu sain. Cette variété s'observe plus souvent chez les enfans que chez les adultes. Ces phénomènes sont fort obscurs; en effet, la douleur manque chez le plus grand nombre des individus, les crachats ne sont presque jamais pneumoniques, la poitrine conserve sa sonoréité, seulement le stéthoscope ou l'oreille appliquée immédiatement sur la poitrine fait entendre le râle crépitant dans différens points très-peu étendus, autour desquels la respiration est quelquefois puérile. L'âge peut constituer deux formes remarquables de cette phlegmasie; savoir, la pneumonie des enfans et la pneumonie des vieillards. Chez les premiers, la pneumonie est très-fréquente, et survient souvent pendant le cours des fièvres éruptives, telles que la rougeole, la scarlatine, etc.

Les symptômes qu'elle présente sont en général fort obscurs. En effet, chez les enfans très-jeunes il y a impossibilité de constater la douleur; l'expectoration est nulle, parce qu'ils avalent les crachats; la percussion ne donne presque jamais un son aussi mat que chez les adultes; le râle crépitant se confond quelquefois tellement avec le râle muqueux, qu'il est fort difficile de déterminer s'il existe une bronchite ou une pneumonie. La marche de la pneumonie offre chez eux une circonstance remarquable; c'est qu'elle reste long-temps au premier degré, et que, quand elle se termine par la mort, on ne rencontre que rarement l'hépatisation et la suppuration du poumon. La pneumonie des vieillards diffère de la pneumonie des adultes par sa gravité plus grande, et, dans quelques cas, par l'obscurité des symptômes locaux. Les circonstances, qui rendent le diagnostic difficile, sont les symptômes adynamiques, qu'on observe si fréquemment chez eux; la complication d'une bronchite chronique, dont ils sont si souvent atteints; la suppression des crachats, qui n'est pas rare à cet âge, par suite de laquelle les mucosités s'accumulent dans les bronches, et produisent un râle muqueux qui empêche d'entendre les signes que paraît fournir l'auscultation. La pneumonie présente encore plusieurs variétés relatives à ses complications, telles que fièvres graves, pleurésies avec épanchement, bronchites, péricardites. Les symptômes de ces diverses maladies, et ceux de la pneumonie, se masquent, se compliquent; il faut alors une grande habitude clinique pour démêler dans cet ensemble des symptômes ceux qui appartiennent à chaque organe en particulier.

Diagnostic.

On parvient presque toujours avec un peu d'attention à distinguer la pneumonie des autres affections, qui pourraient, au premier abord, être confondues avec elle. Les maladies dont les symptômes offrent la plus grande ressemblance avec ceux de la pneumonie, sont la pleurésie, le catarrhe pulmonaire aigu et l'œdème du poumon.

Dans la pleurésie, les symptômes qui ont précédé l'épanchement, la toux sèche ou catarrhale, l'égophonie, le son mat, l'absence du bruit respiratoire, ne permettent pas de la confondre avec la pneumonie. Le catarrhe pulmonaire aigu en diffère par le râle sonore, sibilant, par la nature des crachats, par l'absence de matité et de râle crépitant. L'œdème du poumon sera facilement reconnu à son râle plus humide, à bulles plus grosses, et à l'absence des symptômes généraux qui accompagnent toujours l'inflammation d'un organe important.

Prognostic.

La pneumonie est une maladie grave; mais son danger varie beaucoup suivant l'âge et la constitution du malade, l'étendue et le siége de la maladie, le degré auquel elle est parvenue, enfin la nature des symptômes et des complications.

Le prognostic est plus dangereux chez les vieillards et chez les individus affaiblis par des excès ou par des travaux pénibles que chez ceux qui se trouvent dans les conditions opposées. Le danger sera plus grand si l'inflammation est très-étendue, si elle occupe les deux poumons en même temps, tout étant égal d'ailleurs; si le siége est au sommet de ces viscères, et surtout si elle fait des progrès rapides, malgré un traitement bien dirigé. Le troisième degré est beaucoup plus grave que le second, et celui-ci que le premier. Les symptômes qui doivent faire présager une terminaison funeste sont, une respiration très-fréquente, très-gênée; des crachats aqueux semblables au jus de pruneaux, grisâtres, purulens, fétides; une accélération de la respiration pendant que le pouls devient lent, faible, intermittent; enfin tous les symptômes adynamiques ou ataxiques, tels que délire, rêvasseries, stupeur, prostration des forces, etc. Les complications rendent le prognostic plus grave : en général, le danger est en rapport avec la nature et l'intensité des complications.

Traitement.

Pour combattre avec avantage la pneumonie aiguë, il faut d'abord éloigner les diverses causes qui pourraient en aggraver l'intensité. Ainsi le malade observera le silence et gardera le repos; il sera environné d'une atmosphère tiède, un peu humide, et dégagée des vapeurs irritantes; enfin il sera soumis à une diète sévère. Tels sont les moyens généraux par lesquels on doit seconder le traitement de l'affection qui nous occupe. Depuis long-temps l'observation a fait regarder la saignée comme le plus puissant moyen qu'on puisse opposer à la pneumonie. On conçoit, en effet, sans peine combien elle doit être utile et avantageuse, si l'on considère qu'en diminuant la quantité de sang qui doit traverser les poumons on diminue en même temps l'activité de leurs fonctions. Il est cependant des praticiens qui s'abstiennent des évacuations sanguines, lorsque la pneumonie est légère, et paraît devoir céder à la diète et aux boissons délayantes. Cette méthode ne nous paraît pas devoir être adoptée, parce qu'elle expose aux progrès d'une maladie fréquemment mortelle, tandis que la saignée, quand elle n'est pas contr'indiquée par quelque complication, ne saurait avoir aucun inconvénient grave. On attachait autrefois beaucoup d'importance au choix de la veine, et l'on ouvrait de préférence celle du côté affecté. Aujourd'hui, il est à peu près généralement reconnu que ce choix est indifférent : ce qui est essentiel, c'est que le sang s'échappe par une large ouverture. Lorsque la pneumonie est à son début, qu'il existe une grande gêne de la respiration, et que le malade est d'une constitution forte, la première saignée doit être en général de seize à vingt onces. Les médecins anglais, dans des cas de ce genre, vont jusqu'à tirer trente, trente-six onces de sang. Cette pratique, justifiée par beaucoup de succès, ne saurait être blâmée; elle fait tomber l'inflammation beaucoup plus vite que des saignées moins copieuses et plus souvent répé-

tées. A mesure que le sang coule, on voit les symptômes diminuer d'intensité d'une manière notable; la respiration surtout est moins gênée; et si l'inflammation est légère, cette amélioration persiste, et la résolution ne tarde pas à s'opérer; mais si la phlegmasie est intense, l'amendement qui suit la première saignée est de peu de durée. Bientôt les symptômes se reproduisent avec la même violence, comme si aucune évacuation sanguine n'eût été pratiquée. Il faut alors recourir de nouveau à la saignée, et la répéter tant que les symptômes d'inflammation persistent, et que les forces du malade le permettent. Quant à l'époque de la maladie à laquelle on ne doit plus recourir à la saignée, elle n'a rien de fixe. Plus on s'éloigne de l'invasion, moins les saignées sont efficaces; mais il ne faut pas pour cela, comme l'ont conseillé quelques auteurs, y renoncer après le cinquième ou sixième jour; on peut, on doit même y recourir à toutes les époques de la maladie, lorsque l'état des forces le permet, et que l'intensité et surtout la récrudescence des symptômes la rendent nécessaire.

La petitesse du pouls, cet état de faiblesse apparente qui survient quelquefois après l'invasion de la pneumonie ne contr'indiquent pas la saignée; ces phénomènes sont dus souvent à la violence de l'inflammation, et disparaissent lorsqu'on a pratiqué une ou deux saignées. Il en serait tout autrement si l'affaiblissement, au lieu de survenir brusquement après l'invasion de la pneumonie en avait de long-temps précédé le début; dans ce cas, la saignée ne ferait qu'aggraver la maladie: il faut avoir recours aux révulsifs énergiques. Chez les vieillards, il faut être plus modéré dans l'emploi de la saignée générale. Prodiguée chez eux, elle amène fréquemment une terminaison funeste. Les évacuations sanguines ne doivent pas être négligées chez les enfans atteints de pneumonie; la saignée du bras doit être préférée à l'application des sangsues, lorsque les veines sont assez grosses pour fournir une quantité de sang suffisante; dans le cas contraire, on donnera la préférence à la saignée locale. Les sangsues et les ventouses scarifiées appliquées sur les parois de la poitrine seront avantageusement em-

ployées toutes les fois que la pneumonie viendra accompagnée d'une douleur vive, pongitive, superficielle ; mais cette saigné locale doit être précédée ou accompagnée de la saignée générale. On doit encore se servir de la lancette chez les femmes affectées de pneumonie pendant le cours de leurs règles. L'emploi des sangsues à la vulve ne produit pas un effet aussi avantageux.

Les émissions sanguines ne sont pas les seuls moyens qu'on doive opposer à la pneumonie. Quand les symptômes généraux ont considérablement diminué, ou que l'affaiblissement du malade ne permet plus de recourir à la saignée, on doit avoir recours aux vésicatoires ; employés avant cette époque, ils augmenteraient le mouvement fébrile, et agiraient au bénéfice de l'inflammation. Quant au lieu de leur application, M. *Chomel* obtient d'assez bons effets en les appliquant sur les parois thoraciques qui recouvrent le poumon enflammé. Dans le cas de complication de quelque affection cérébrale, il les fait appliquer aux extrémités inférieures. Ce médecin donne aux vésicatoires l'étendue de cinq à sept pouces de diamètre, parce que les petits, dit-il, sont presque aussi douloureux que les plus grands, et leur effet sur la maladie est presque nul.

Les boissons délayantes et mucilagineuses, ainsi que les potions adoucissantes, sont les seuls médicamens que l'on administre à l'intérieur dans la première période de la maladie. Leur température doit être tiède, afin d'éviter la toux provoquée par les boissons froides. Lorsqu'on a recours aux révulsifs, on peut remplacer avec avantage les adoucissans par la décoction de polygala, et les potions avec le kermès et l'oximel scillitique. Ces médicamens produisent dans l'économie une légère stimulation, qui, vers la fin de la maladie, favorise la résolution.

Les purgatifs sont peu employés de nos jours. Ils sont utiles pour entretenir la liberté du ventre, surtout vers les approches de la convalescence. Les lavemens ou quelques légers laxatifs suffisent ordinairement pour obtenir ce but. Quant aux opiacés, on devra y avoir

recours toutes les fois que la toux aura résisté aux évacuations sanguines et aux potions gommeuses. L'émétique est peu employé à titre de vomitif, cependant on l'administre avec avantage lorsque les symptômes bilieux ont précédé l'invasion de la pneumonie. Il n'en est pas de même si l'inflammation du poumon les a précédés ; dans ce cas, les vomitifs exaspèrent souvent le mal, qui se dissipe sous l'influence du traitement antiphlogistique. Il y a encore une autre manière d'employer ce médicament, je veux parler de la méthode de *Rasori*, introduite en France par *Laennec*. Si les bons succès que ces médecins paraissent en avoir obtenu viennent à se confirmer, le praticien aura alors l'avantage de pouvoir combattre la maladie d'une manière énergique, lorsque par la faiblesse du malade il se voit réduit à faire une médecine expectante. Voici la manière dont l'auteur de l'auscultation immédiate employait ce sel antimonial : après avoir pratiqué une saignée proportionnée aux forces du malade, il lui faisait prendre immédiatement après un grain de tartre stibié dans deux onces et demie (demi-verre) d'infusion de feuilles d'oranger froide et édulcorée ; cinq doses semblables devaient être prises dans le même véhicule de deux heures en deux heures. Après quoi, si les accidens n'étaient pas urgens, il laissait reposer le malade pendant sept ou huit heures ; mais si la pneumonie était très-intense ou très-avancée, il continuait à administrer la même dose, ou bien il la portait à deux grains ou à deux grains et demi dans la même quantité de véhicule, jusqu'à ce qu'il y eût un amendement dans les symptômes, et que l'amélioration fût indiquée par les signes stéthoscopiques. Chez le plus grand nombre des malades ce sel produit des vomissemens et des selles, qui au lieu de continuer ou d'augmenter s'apaisent, et ordinairement dès le second jour la *tolérance* s'établit. (Cette expression est employée par *Rasori* pour indiquer l'époque à laquelle l'emploi de l'émétique à haute dose ne produit aucune évacuation.) Lorsque les accidens dont nous venons de parler continuaient le second jour, *Laennec* faisait

ajouter à chaque dose un ou deux gros de sirop diacode ; par l'addition de ce narcotique les malades supportaient plus facilement le médicament en question. Le même auteur ajoute, que les effets de l'émétique ne sont jamais plus héroïques que lorsqu'il ne détermine aucune espèce d'évacuation. Quand *Laennec* avait obtenu par ce moyen une amélioration même peu marquée, il regardait comme certain qu'en continuant la résolution s'achèverait sans de nouveaux orages ; dans tous les cas, il en prolongeait l'usage tant qu'il existait quelques traces de râle crépitant.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

A pleuritide peripneumoniâ, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.

II.

A peripneumoniâ phrenitis, malum. *Ibid.*, *aph.* 12.

III.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

IV.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

VI.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

CONSIDÉRATIONS

N° 176.

SUR

LA NOSTALGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR P. MOREAUD, de Saint-Apre,

Département de la Dordogne.

C'est ce dégoût d'un sol que voudraient fuir nos pas;
C'est ce vague besoin des lieux où l'on n'est pas,
Ce souvenir qui tue; oui, cette fièvre lente
Qui fait rêver le ciel de la patrie absente;
C'est ce mal du pays dont rien ne peut guérir,
Dont tous les jours on meurt sans jamais en mourir.

CASIMIR DELAVIGNE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Président.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Suppléant.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille, *Examinateur.*
Dance.	Ratheau, *Examinateur.*
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Suppléant.*
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

J'ai tant reçu de lui, je lui offre si peu!

AU SOUVENIR

DE MA MÈRE.

Regrets éternels!!!

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS.

Ils furent mes premiers amis, ils sont encore les meilleurs.

P. MOREAUD.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA NOSTALGIE.

Les souvenirs qui nous plaisent le plus sont ceux qui se rattachent à nos premières années; eux seuls sont exempts de l'amertume qui se mêle aux souvenirs même les plus beaux des autres âges. Combien ne valent-ils pas de caresses à l'enfant qui nous rappelle ce temps heureux! Quel plaisir n'est pas le nôtre en revoyant, après une longue absence, les lieux qui en furent les témoins! Tout y fait palpiter notre cœur d'une joie pure et innocente : tout y parle, et des jeux que nous partagions avec nos amis, enfans comme nous, et des soins que nous prodiguaient dès parens chéris. J.-J. Rousseau, parvenu au comble du malheur, se consolait en écrivant cette époque de sa vie. C'est donc dans les sentimens les plus tendres et les souvenirs les plus doux que l'amour de la terre natale puise son origine; aussi est-il l'idole de tous les sexes, de tous les âges, de toutes les conditions. L'homme sauvage et l'homme civilisé lui obéissent également. Il nous saisit à notre berceau pour ne plus nous quitter; que des passions plus fortes l'endorment pour un moment, son réveil est terrible. Voyez ce voyageur poussé par la soif de l'or ou de la gloire; en vain la nature lui oppose tout ce qu'elle a de plus effroyable, une constance et une volonté inébranlables lui ouvrent une route des pôles glacés aux zones torrides.

Mais, que dans ces lieux, étranger comme lui, un objet lui rappelle leur commune patrie, son courage l'abandonne, son cœur bat avec force, et il couvre de baisers et de larmes cet objet chéri. Ces larmes, c'est à vous surtout qu'il appartenait de les répandre, sauvages transportés de vos forêts dans nos cités opulentes. *Podavéri* (1), *Couramé* (2), vous nous avez appris que la première condition du bonheur est une patrie. Ah! qu'elles doivent être amères les larmes de l'exilé!

L'homme n'est pas le seul être qui sente ce besoin du sol natal; la nature en fait une loi à tout ce qui vit et respire. De même que la plante naît, vit et meurt dans un même lieu, ainsi un grand nombre d'animaux reçoivent la mort là où ils reçurent la vie. Si quelques-uns, plus privilégiés, peuvent parcourir une sphère plus grande, cette sphère est toujours limitée : l'homme seul est véritablement cosmopolite; on sait au prix de quelles disgrâces la nature vend cette faveur à quelques animaux. L'exemple le plus frappant de ce besoin de la terre natale est celui de ces oiseaux, hôtes de l'homme : l'hirondelle revient à chaque printemps au nid de sa naissance, et le toit qui protégea les amours dont elle fut le fruit protège encore les siennes. Habiles à mettre tout à profit, même les angoisses et la douleur, n'est-ce pas à la faveur de cet instinct que nous rendons le pigeon messager fidèle? Quelque surprenant que puisse paraître le fait suivant, nous ne pouvons nous empêcher de l'admettre dès-lors qu'il est appuyé de l'autorité de M. *Alibert*.

« M. le baron de Besner, gouverneur de Cayenne, conçut autre-

---

(1) Nom d'un jeune Otaïtien qui fut amené en France par M. de Bougainville. A une visite qu'il fit au Jardin des plantes, ayant rencontré l'arbre à pain de son pays, il se mit à sauter, rire et pleurer tour à tour. Forcé de le quitter, il promit bien de revenir souvent le voir.

(2) Nom d'une jeune sauvage de la nation des Galibis. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur au Traité de la physiologie des passions de M. *Alibert*, pour en connaître l'intéressante histoire.

« fois le projet de naturaliser dans cette île des abeilles de France. « Aucune précaution ne fut négligée pour venir à bout de cette en- « treprise. Les ruches furent placées dans une habitation à l'abri de « tout trouble, et dans l'exposition la plus favorable à leur entretien. « Mais le lendemain, quand on alla les visiter, toutes les abeilles « avaient disparu. Quel fut néanmoins l'étonnement du gouverneur, « quand il apprit que ces mouches avaient été se placer sur le mât « du vaisseau qui les avaient apportées d'Europe, et qui était sur le « point de revenir en France. Elles voltigeaient et ne cessaient de « bourdonner autour des voiles de l'équipage avec une sorte d'in- « quiétude. »

Source des plus douces émotions quand il est contenu dans de justes bornes, l'amour de la terre natale peut devenir la cause des plus grands maux quand il est porté à l'excès et qu'il se développe sous l'influence de la patrie absente : c'est ce que nous entendons par le mot *nostalgie*. Tous les hommes ne sont pas également susceptibles de devenir nostalgiques ; cette fatale propension varie suivant certaines circonstances que nous allons faire connaître.

Des causes qui prédisposent à la nostalgie.

Du pays. Le philosophe de Genève a dit : « Nous sommes formés par trois maîtres, la nature, les hommes et les choses. » Parmi les choses qui nous forment, qui pourrait nier que le sol que nous habitons n'y entre pour beaucoup? C'est cette vérité, à laquelle *Hippocrate* a donné de si beaux développemens dans son immortel ouvrage de l'*air*, des *eaux* et des *lieux*, lorsque, étudiant les diverses régions du globe, il est parti d'observations de physique pour assigner son caractère à chaque peuple. De tous les pays, celui qui prédispose le plus à la nostalgie est le pays montueux. Personne n'ignore ce qui a été dit du pouvoir magique du son de la cornemuse, qui suffisait pour faire déserter les soldats écossais et les faire revenir sur leurs rochers. On sait aussi qu'un air pastoral, dit le *ranz des vaches*,

n'est pas moins puissant sur l'imagination des Suisses au service des nations étrangères. C'est du Suisse que le poète a dit :

Adieu gloire, drapeau,
Il vole à son chalet, il vole à son troupeau,
Et ne s'arrête pas que son âme attendrie
De loin n'ait vu ses monts et senti sa patrie.

On a cherché à expliquer cette influence des montagnes sur la production de la nostalgie : les uns l'ont expliquée par l'air vif qui y règne, d'autres par la vie active de leurs habitans, et pour la Suisse en particulier, par sa constitution politique. Chacune de ces opinions, vraie ou vraisemblable quand on en fait l'application à tel peuple, devient évidemment fausse dès l'instant qu'on veut la généraliser; et même en les admettant toutes, comment expliquer la nostalgie qu'on voit, quoique rarement, se développer chez les habitans des plaines, surtout lorsqu'ils passent de leur pays dans les montagnes ? Que dire de certains peuples montagnards qui en sont si rarement atteints, tels que les Savoyards et les Auvergnats ? Dira-t-on que dans ce dernier cas cette exception tient à l'esprit d'émigration qui règne chez ces peuples ? Nous pensons qu'ici, comme dans beaucoup d'autres choses, il faut avouer notre ignorance, et nous contenter de reconnaître les faits; mais ces faits eux-mêmes sont-ils bien avérés? Pour nous, ceci n'est point douteux, et principalement pour ce qui concerne la Suisse. Voici un fait, d'autant plus remarquable que la personne qui en est le sujet n'avait fait qu'accidentellement sa patrie de ce pays. Mademoiselle de ....., avait été élevée dans la capitale jusqu'à l'âge de dix-sept ans; le rang et la fortune de ses parens l'avaient mise à même de jouir de tous les plaisirs que pouvait lui permettre une éducation des mieux soignées. Elle fut appelée à cette époque auprès d'une tante dans un des cantons de la Suisse ; ce ne fut point sans de vifs regrets qu'elle quitta Paris. Deux ans plus tard, elle y fut ramenée pour passer quelques mois; elle retrouva tous les agrémens qu'elle avait laissés à son départ, et toujours des parens

tendrement aimés. Douée d'une âme excessivement sensible, elle éprouva le plaisir le plus vif à les revoir; mais bientôt elle devint triste et mélancolique, une leucorrhée, accident assez commun aux personnes de son sexe qui passent de la campagne dans les villes, vint ajouter à son affliction. La capitale n'avait plus de charme pour elle: où sont mes montagnes, disait-elle, avec une ingénuité à laquelle son caractère aimable et un physique des mieux favorisés donnaient une expression attendrissante; puis elle racontait ses promenades dans les bois, les vallons et sur les rochers; se plaisait à décrire les occupations des chalets. A ce récit, sa timidité naturelle disparaissait peu à peu, et c'était toujours aussi vivement ému qu'elle-même qu'elle laissait son auditeur. Cette peine morale ne tarda pas d'altérer sa santé..... Au moment où nous écrivons, mademoiselle de..... a dû revoir la Suisse.

Ce qu'on peut dire aussi de plus certain, c'est que la nature nous a d'autant mieux fixés aux lieux de notre naissance, qu'elle donna à ces lieux et à nous-mêmes une physionomie plus particulière. C'est ce qui arrive lorsque nous nous rapprochons le plus de l'état de nature. Le Lapon, habitant d'un sol maudit de la chaleur et de la lumière, qu'il ne foule que par l'intermédiaire de glaces éternelles, et dont il ne voit le ciel qui le couvre qu'à travers des nuages de glaçons, fait ses délices d'une hutte bien enfumée; de même que l'Esquimaux et le Groënlandais, il languit et meurt transporté sur nos rivages. Il leur faut des phoques et des veaux marins à poursuivre sur les flots, des ours à combattre sur les glaces, et des traîneaux à conduire sur les neiges. Ce n'est qu'en luttant sans cesse contre elle que la nature leur a permis de vivre; aussi cette vie active n'est pas devenue la partie la moins essentielle de leur être.

Des âges. Temps heureux où l'attachement est d'autant plus vif qu'il s'adresse à une moindre quantité d'objets, d'autant plus sincère que la jouissance seule en est le but et non de froids calculs, l'enfance devrait être plus exposée que tout autre âge à la nostalgie. Com-

bien sont abondantes les larmes de l'enfant à la séparation de ce qu'il aime ! Mais la mobilité de ses sensations et puis le besoin d'aimer tout ce qui le protège, font qu'à l'aide de la moindre bienveillance sa consolation devient prompte et facile. Il en est bien différemment à l'âge de l'adolescence ; alors que tout nous sourit sous le toit paternel, que l'amitié nous y console des plus petits chagrins, que l'amour nous y berce des plus douces espérances. Cependant un sang qui toujours bouillonne, des forces que l'expérience n'a point trompées, un avenir que notre imagination nous peint avec les plus riches couleurs, nous donnent souvent l'envie des voyages ; et les yeux, bien que mouillés de larmes, le cœur gros de soupirs, ce n'est pas sans quelque joie que nous nous éloignons de la terre natale ; mais qu'arrive le moindre revers :

Le masque tombe, l'homme reste,
Et le héros s'évanouit.

Heureux alors qui ne paie que par des larmes son infraction aux lois de la nature. Fait aux vicissitudes humaines, aguerri contre l'adversité, l'homme mûr résiste le mieux à l'absence de la patrie. C'est le vieillard qui est à plaindre, si, faible comme l'enfant, il lui faut vivre sans appui, avec le souvenir du passé et l'incertitude de l'avenir. Qui, à l'heure de la mort, lui fermera la paupière? Qui réunira sa cendre à la cendre de ses aïeux? C'était un vieillard, sans doute, ce chef de Caraïbes qui, invité par les siens à venir s'établir parmi les Européens, leur répondit : « Dirons-nous aux os de nos pères de se lever et de nous suivre dans la terre de l'exil ? »

Des sexes. On a dit que la femme était moins sujette à la nostalgie que l'homme. Devrait-elle ce privilége à son système nerveux, qui plus sensible est aussi plus mobile? « L'amour, dit madame de Staël, « n'est qu'un épisode de la vie de l'homme, c'est toute l'histoire de « la vie de la femme. » Serait-ce donc cette passion qui exclurait l'excès dans l'amour de la terre natale, de même qu'elle exclut tout

ce qui ne lui appartient pas plus ou moins directement? ou bien tiendrait-ce uniquement à ce que, par leur manière de vivre, les femmes émigrent plus rarement que les hommes? « Combien, dit l'illustre auteur de la Nosographie philosophique, ne voyons-nous pas de pauvres filles nostalgiques venir réclamer dans les hôpitaux les secours de la médecine?» Nous adoptons cette dernière opinion.

Des caractères et tempéramens. S'il y a un caractère qui puisse être exempt de la nostalgie, c'est celui auquel on peut appliquer ces vers d'Horace :

Si fractus illabatur orbis
Impavidum ferient ruinæ,

du fier stoïcien dont l'âme s'est habituée à se faire un jeu des passions et de l'adversité. Il est un autre caractère qui, avec quelque ressemblance avec celui-ci, présente un contraste frappant, c'est celui du tempérament sanguin. Il ne trouve point, comme le précédent, le préservatif en lui-même, mais il y trouve le remède; gai, aimable, enjoué, il est avant tout inconstant et volage. Le tempérament bilieux, qui fournit le caractère mélancolique, est éminemment nostalgique. *Zimmermann* ne meurt point dans l'exil, mais parce que son esprit prophétique lui a fait voir, dans un avenir prochain, sa patrie envahie par l'étranger.

Ajoutons à toutes ces causes l'ignorance, la timidité, la différence de langage, le passage d'une vie active à une vie sédentaire, et réciproquement de l'oisiveté au travail. C'est à la plupart de ces titres que le campagnard est plus sujet à la nostalgie que le citadin. De nos jours il a été facile d'apprécier l'action de ces différentes causes, pendant les guerres longues et sanglantes de la république et de l'empire. Quoique nous ayons occasion d'y revenir, nous allons citer une observation de M. *Moriceau Beauchamp* (1) qui trouve ici sa place : L'armée de l'Ouest se composait de campagnards et de citadins. Dans le commencement, l'oisiveté et la discipline la plus relâ-

(1) Bulletin de la Société méd. d'émulation, tom. 1er.

chée régnaient à cette armée; la plupart des soldats venus de la campagne devinrent nostalgiques. Plus tard, cette armée ayant été incorporée à celle du Nord, dès que le travail commença et que la discipline fut sévère, ce fut le tour des citadins, et les campagnards guérirent.

Définition de la nostalgie.

Hoferus est un des premiers qui aient fait une mention particulière de la nostalgie. Il en parle sous le nom de *nostalgias* (1), de deux mots grecs, *νάστος*, *retour*, *ὀλγος*, *douleur*, destiné à remplacer la désignation vulgaire de *maladie du pays*. Mais, pour le plus grand agrément de ses lecteurs, il créa les noms de *nostomania*, *philopatridomania*. Zwinger lui a donné le nom de *pathopatrialgia*. Hoferus considère la nostalgie comme une lésion de l'imagination; « mais que si quel-« qu'un, dit-il, veut y voir quelque chose de la mélancolie, je ne le « lui disputerai pas. » *Sauvages* la range dans la classe des folies et dans l'ordre des bizarreries. *Cullen* en fait une variété de la mélancolie. *Pinel*, ne reconnaissant point de variétés à cette dernière névrose, ne peut la considérer que comme une de ces causes. « La nostalgie, « dit M. *Georget*, n'est point une maladie qu'on puisse décrire, mais « seulement une cause de maladies diverses. » C'est sous ce point de vue que nous la considérons, et nous la définissons, le besoin, de la terre natale indispensable à l'existence d'un individu absent de sa patrie.

Effets de la nostalgie sur l'économie.

Le premier effet de la nostalgie est de produire un état mélancolique, qui apparaît ordinairement peu de temps après la séparation du pays. Il n'est pas sans exemple, cependant, d'avoir vu la nostalgie se développer à une époque telle, qu'il semblerait que nous eussions dû oublier pour toujours les lieux qui nous ont vu naître.

---

(1) *Haller*, Dissertations médico-pratiques, dissert. XI, tom. 1er.

Une nouvelle triste, la haine de ceux qui nous environnent, un travail forcé, une perspective douteuse, une maladie, l'esclavage, et, chose bizarre, un bien-être inaccoutumé, en sont les causes occasionnelles. Elles agissent en nous forçant à comparer notre état actuel avec notre état passé. Ces souvenirs, d'abord rares et fugitifs, deviennent de plus en plus fréquens et tenaces; un resserrement de cœur, quelques soupirs, une larme les accompagnent. Bientôt ils font notre seule occupation. Incapable de tout autre chose que de penser à son pays, le nostalgique traîne à pas nonchalans son corps débile, s'enfonce dans la solitude la plus rétirée; là, l'œil humide de larmes et fixé vers la terre, il repasse dans son esprit toutes les circonstances agréables de sa vie sous le toit paternel, et se nourrit de la haine de ce qui l'environne. Lève-t-il sa tête, c'est pour attacher ses regards aux nuages qui se dirigent vers sa patrie. Sur son visage, ordinairement stupide, un sourire est-il venu s'épanouir, c'est qu'il a cru entendre, c'est qu'il a cru voir une personne bien aimée. Si vous n'êtes pas né sous le même ciel que lui, s'il ne lit pas sur votre front :

Non ignara mali miseris succurrere disco,

ne l'interrogez pas; pour vous sa douleur serait muette, il sait que son mal est un mal que tout le monde ne peut comprendre, et que personne ne peut guérir. Mais a-t-il trouvé quelque malheureux qui pleure aussi une patrie absente; voyez-le se jeter dans ses bras, mêler ses sanglots aux siens, et, par des torrens de larmes, vous révéler le secret de son âme. La nuit, loin d'apporter un sommeil réparateur, ne fait que continuer les rêves de la journée, en les embellissant des plus douces illusions. Il revoit les lieux après lesquels il a tant soupiré; il presse contre son sein ses parens, les compagnons de son enfance; il assiste au banquet de famille; et si son cœur brûle d'amour, quelles images voluptueuses n'enfante pas son imagination. Mais ces songes délicieux, seul bonheur du nostalgique, le réveil les dissipe bientôt, pour leur faire succéder la cruelle réalité, d'autant plus affreuse qu'ils furent plus énivrans.

Cependant, sous l'influence de cette active excitation cérébrale, tout le corps languit et dépérit : il semble qu'elle ne s'entretienne qu'aux dépens du fluide nerveux dérobé à l'économie entière; ou, comme le dit *Sagar*, qui l'avait éprouvée lui-même, l'âme tient à peine au corps, son commerce avec lui n'existe plus. De là, d'abord, la perturbation des principales fonctions, et plus tard de profondes altérations d'organes. Plus de faim, plus de soif, dégoût de tout, céphalalgie, palpitations de cœur, lipothymie, langue couverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, sensibilité de la région épigastrique, bouche amère, face jaune ou plombée, digestions incomplètes; respiration courte, fréquente; toux petite; peau chaude, sèche, terreuse. La fièvre, qui d'abord s'était montrée irrégulière, passagère, devient continue avec redoublement le soir. *Oritur*, dit Stoll, *febris lenta et hectica, à causâ in nerveum systema diu validèque agente animi pathemate potissimum tristi... Nostalgiâ... indè eadem mala, irritabilitatem augendo, vires ventriculi coctrices minuendo.* Le pouls est tantôt serré, précipité, tantôt mou et lent, signe d'une lutte impuissante de l'organisme contre une maladie dont la cause est toujours agissante et placée au centre du foyer de la vie. Dès cet instant, le malade marche rapidement à sa perte; des diarrhées colliquatives, des sueurs nocturnes, partielles ou générales, l'insomnie, le plongent bientôt dans le marasme; enfin il expire, et son dernier soupir murmure encore le nom de sa patrie, de cette patrie dont il paie l'amour au prix de sa vie.

Et dulces moriens reminiscitur Argos.

A l'ouverture du corps, on peut, mais très-rarement, ne rien trouver. Quand on trouve quelque chose, ce sont des phlegmasies chroniques de l'abdomen, de la poitrine et de l'encéphale.

Mais le nostalgique ne périt point toujours de la mort lente que nous venons de décrire; une vive inflammation du cerveau et de ses annexes peut l'enlever dès les premiers jours. D'autres fois une fièvre intermittente se déclare, toujours rebelle aux médicamens : tel est le

cas que cite le docteur *Foucquart*. En proie à la nostalgie, un officier de dragons ne tarda pas à être atteint d'une fièvre tierce; rien n'avait pu la couper, ni les médicamens les plus héroïques, ni le régime, ni le changement de climat. Cependant des engorgemens viscéraux, un hydrothorax, menaçaient l'existence de ce brave militaire; il partit dans un état désespéré pour revoir son pays, et il n'était pas encore arrivé que déjà il était presque guéri. M. *Louyer-Villermay* observe que la nostalgie est souvent cause de l'hypochondrie. Elle peut aussi porter au suicide; mais alors presque toujours elle s'allie à de profonds chagrins, à de grandes privations : tel est le cas des prisonniers de guerre. On sait que les nègres, transportés des côtes de l'Afrique dans le nouveau monde, qu'ils sont destinés à fertiliser à la sueur de leur front, se sont souvent donné la mort pour se ravir à la cruauté de leurs bourreaux. Ce qu'il y a de remarquable en ceci, c'est qu'ils se tuent par l'opinion où ils sont qu'après leur mort ils reviennent dans leur pays, idée que les colons cherchent à déraciner en les faisant enterrer un bras hors de terre.

De la nostalgie compliquant les maladies.

Il est une maladie qui sévit contre les jeunes individus nouvellement arrivés à Paris : je veux parler de la fièvre typhoïde. Quel est le rapport de cette affection avec la nostalgie? « Les sujets atteints de fièvre « typhoïde, dit M. *Louis* dans son savant ouvrage sur cette matière, « étaient jeunes, avaient de dix-sept à trente ans : terme moyen, vingt-« trois, aucun quarante, à Paris depuis peu de temps, de deux à « trois mois.... Quelques-uns avaient éprouvé des inquiétudes et des « chagrins depuis un certain temps.... L'âge moyen de ceux qui guérirent était de vingt et un ans, à Paris depuis quatorze mois...; les « seconds depuis onze mois...; d'où il suit que le prognostic de l'affection typhoïde doit être généralement moins grave chez les très-jeunes « sujets qui sont à Paris depuis plus d'un an que chez ceux qui sont « dans des circonstances contraires... Aucun des individus au-dessous

« de dix-sept ans, ils étaient six (sur cent trente-huit), n'a péri. »
Si l'ignorance où nous sommes sur la nature de l'affection typhoïde ne nous permet pas de tirer de ces diverses circonstances la conclusion que cette affection n'est que l'effet de la nostalgie, au moins pouvons-nous affirmer que, le plus souvent, elles ne doivent point être étrangères l'une à l'autre : tel est le cas très-remarquable que nous avons observé dans les salles de M. *Cayol*, et dont nous allons donner les principales circonstances.

Alexandrine Rivière est entrée à l'hôpital le 7 mai 1829; elle est âgée de dix-sept ans, et domestique à Paris depuis quelques mois. Sa maladie est au onzième jour. On ne peut recueillir que les renseignemens suivans : dans le commencement de sa maladie, elle a éprouvé des nausées, des vomissemens, un malaise général. Deux grains d'émétique ont été donnés et n'ont produit aucun bon effet; on a eu recours sans plus de succès à la saignée, d'abord du pied, et plus tard du bras; elle porte deux vésicatoires aux cuisses. Voici quel était son état à son entrée à l'hôpital : décubitus dorsal, grande prostration, somnolence, stupeur, délire vague et non continu; peau chaude et sèche; respiration fréquente sans être pénible; pouls précipité, serré (cent vingt-quatre pulsations à la minute); lèvres, dents et gencives encroûtées d'un enduit noir; langue pointue, sèche et rouge à sa pointe et sur ses bords; ventre élevé, souple, point douloureux; diarrhée très-abondante; râle muqueux et sibilant dans différens points de la poitrine; soif vive; point de pétéchies. (*Prescription :* entretenir les vésicatoires, eau gazeuse, eau d'orge avec sirop de groseille.)

Le 8 mai, même état; on observe de plus un refus obstiné aux demandes qu'on fait à la malade. Si on insiste, elle entre dans une grande agitation, et répond brusquement : qu'on me laisse, je ne souffre pas, je suis seulement lasse.

Le 9, l'état de la malade devient plus mauvais; le délire et l'accablement sont surtout très-grands; elle s'est jetée plusieurs fois hors de son lit.

Le 10, point d'amélioration.

Le 11, impossible d'avoir une réponse de la malade ; si on insiste, la respiration s'accélère, une quinte de toux survient ; elle porte la main à son gosier, s'agite en tous sens, et dit étouffer. De nouveaux renseignemens apprirent que cette jeune personne n'était point encore réglée et qu'elle était hystérique. (*Prescription :* douze sangsues à la vulve ; mêmes tisanes, etc.)

Le 12, les premières sangsues ayant fourni peu de sang, douze autres ont été appliquées, et leurs piqûres ont beaucoup saigné. Voici quel est l'état de la malade : diminution du dévoiement ; liberté plus grande de la respiration ; disparition bien marquée de l'enduit noir qui couvrait les dents et les gencives ; la langue est moins rouge, plus humide ; la malade a conscience de ce qui l'environne ; elle est calme, mais sa face est extrêmement pâle, son pouls très-petit et très-fréquent.

Le 13, calme inaccoutumé ; elle répond bien aux questions qu'on lui fait ; douleur pour la première fois dans la région iliaque droite, augmentant par la pression ; le pouls s'est relevé ; il est plus plein, résiste mieux au doigt qui le déprime, mais toujours très-fréquent et très-régulier (cent vingt pulsations à la minute) ; le dévoiement continue, mais il est moindre ; les règles n'ont point paru.

Depuis le 13 jusqu'au 16, la malade est allée de mieux en mieux ; des bains lui ont été administrés et ont produit un très-bon effet, quoiqu'ils excitassent le vomissement quand la malade y entrait.

Le 16, la malade a beaucoup déliré pendant la nuit, et délire même encore à la visite ; elle dit que ses parens ont été assassinés en venant la voir à Paris. De nouveaux renseignemens apprirent que cette pauvre fille avait de profonds chagrins depuis son arrivée à Paris, et qu'elle avait toujours vivement regretté son pays. Tout le physique de la malade porte l'empreinte de ses souffrances nocturnes ; la stupeur est très-prononcée ; rien ne peut la tirer de sa somnolence que des paroles sur son pays ; alors elle cherche à fixer son attention ; son œil se mouille de larmes, mais elle retombe bientôt dans son pre-

mier état. (*Prescription :* ordre de lui parler souvent de son pays et de la bercer de l'espoir de le revoir bientôt ; mêmes tisanes.)

Le 20, cette prescription produisit le meilleur effet possible ; sous son influence, on vit disparaître successivement tous les symptômes alarmans. La malade commençait à entrer en convalescence ; mais ne voyant point paraître ses parens, qu'on lui avait promis de faire venir, le désespoir s'empara d'elle, et dès-lors retour du délire, et surtout de la somnolence et de la stupeur; dévoiement, douleur abdominale, vomissemens de matières jaunâtres et de tous les liquides ingérés. En vain chercha-t-on à procurer du calme à la malade à l'aide de l'opium ; on ne put y parvenir, qu'en gagnant de nouveau sa confiance. A dater du 25, la convalescence recommença ; les alimens solides passaient très-bien, mais tous les liquides, quels qu'ils fussent, étaient rejetés ; le visage de la malade était toujours sombre et triste, son humeur très-irritable ; la nuit, il y avait des rêvasseries ; le ventre était tantôt constipé et tantôt relâché ; le pouls toujours fréquent, mais très-régulier. Tout faisait craindre une rechute à la moindre circonstance défavorable, et promettait une longue convalescence quand le père de la malade arriva. Leur entrevue fut très-touchante, et dès le lendemain on pu voir quel est l'empire de l'âme sur les maladies du corps ; le vomissement cessa, les digestions se firent parfaitement, le sommeil revint, et la malade, devenue tout à coup gaie, affectueuse, put revenir chez elle malgré un grand état de faiblesse.

C'est dans les temps de guerre, avons-nous dit, que la nostalgie exerce son action la plus funeste. Combien, de nos jours, n'en avons-nous pas vu de malheureux exemples, alors que le laboureur, passant de sa charrue dans les camps, se trouvait en face de l'ennemi le lendemain du jour qu'il avait quitté son hameau ; alors que des circonstances impérieuses ne permettaient pas toujours de se prémunir contre l'intempérie des saisons, que de longues privations, de pénibles fatigues, et quelquefois des revers, abattaient le moral du soldat. Épidémique souvent elle-même, elle venait compliquer les épidémies

les plus meurtrières et de dysenteries et de fièvres de toutes espèces. Telles furent celles qui régnèrent à l'armée du Rhin en l'an 2, et à l'armée des Alpes en l'an 8. D'après le rapport de l'honorable médecin en chef de l'armée d'Égypte, M. *Des Genettes*, elle augmenta les chances dangereuses de la peste. La moindre blessure est souvent mortelle pour le nostalgique. Il ne faut donc pas s'étonner si un médecin des armées a pu se demander si de toutes les maladies la nostalgie n'est pas celle qui a tué le plus de nos soldats. Les amiraux de toutes les époques l'ont redoutée pour leurs équipages comme une cause puissante du scorbut, et les meilleurs sont ceux qui ont su le mieux l'éviter. On sait à quel degré l'illustre Cook posséda cet art. Il est inutile d'ajouter qu'il n'est point de maladie qu'elle ne puisse compliquer.

Traitement de la nostalgie.

S'il y a une circonstance qui puisse ajouter quelque chose à la grandeur et au respect qui s'attachent au ministère du médecin, c'est lorsque celui-ci passe de la confiance de son malade à son amitié; lorsque, pour guérir les plaies du corps, il commence par traiter celles de l'âme. Tel est le rôle important qu'il est appelé à remplir auprès du nostalgique, rôle d'autant plus difficile, que le malheureux, par une fausse honte, n'ose pas avouer le mal qui le dévore. Ce n'est point par l'art de discours captieux qu'on lui ravira son secret, il ne le cède qu'à quiconque sympathise avec lui et de sentimens et de maux. Heureux donc qui reçut une âme sensible et un cœur auquel nul sentiment généreux n'est étranger! Celui-là seul pourra obéir au précepte d'un illustre professeur de cette école. « Le médecin, dit « M. *Alibert*, doit s'introduire dans le cœur humain pour y voir les « désirs, les besoins, les sollicitudes, les chagrins, les attachemens, « les espérances, pour y agir sur les sensations et les idées, pour exa- « miner enfin ce que peuvent sur l'économie animale tous les gen- « res de sentimens et de pensées. »

Le mal une fois connu, le seul remède qu'on puisse employer avec

un succès constant est de renvoyer le malade dans son pays. Heureux alors si une puissance ennemie ne le retient pas sur la terre de l'exil! Il n'est pas rare de voir que ce parti extrême répugne à prendre à certains caractères qui sont retenus par une mauvaise honte, ou parce qu'ils comptent sur leur courage pour triompher de leur mal. L'expérience a prouvé que le plus souvent cette espérance était vaine. C'est avec raison que les savans auteurs de l'article *Nostalgie* du Dictionnaire des sciences médicales, MM. *Laurent* et *Percy*, ont dit qu'il n'était pas plus possible à l'homme de se garantir de cette maladie que d'une pleuro-pneumonie. Combien ne voit-on pas de braves militaires qui, tout couverts de blessures comme de gloire, n'ont pas pu résister au désir de revoir le toit paternel quand la paix pouvait leur permettre d'y revenir. Le médecin pourra donc d'abord attendre l'effet du temps; mais aussitôt que la santé commence à être menacée, il doit presser son malade de se conformer à ses vœux. Mais il peut aussi arriver que le malade soit dans un tel état de faiblesse qu'il ne puisse pas entreprendre le voyage; le médecin devra toujours le bercer de l'espoir qu'il le pourra bientôt; il ne devra pas surtout oublier, afin de saisir le moment propice pour le faire partir, quelle énergie une passion satisfaite peut donner à l'économie. Combien de malheureux nostalgiques, réduits au dernier marasme, ont recouvré leurs forces aux portes de la ville qu'ils fuyaient! et combien n'en a-t-on pas vus guérir avant même d'être arrivés! qui plus est, on en a vu être guéris par la seule permission qu'ils avaient de revoir leur pays. Tel est le cas d'un Suisse, qui, au service d'un négociant de Paris, et tourmenté par la maladie du pays, ayant reçu son congé, sur lequel il ne comptait pas, resta auprès de son maître, et fut guéri dès cet instant (*Hoferus*). Nous allons rapporter un exemple qui, pour être semblable à celui-ci, n'en est pas moins très-curieux. Nous le devons à la bienveillance d'un brave militaire, M. Gremion, colonel en retraite aux Gardes-Suisses. Deux jeunes Suisses parfaitement bien constitués (ils sont en ce moment dans les gardes du corps à pied du Roi) étaient partis de leurs cantons pour venir au service de la France. Ils donnèrent en arrivant

toutes les marques d'attachement à la discipline qui caractérisent leur nation. Cependant ils ne tardèrent pas à dépérir, et en même temps à se relâcher de leurs premiers goûts. Soupçonnant toute autre chose que la nostalgie, M. Gremion crut devoir les confier aux soins du médecin, qui ne fut pas long-temps à deviner leur mal. Le colonel s'empressa de leur faire obtenir un congé, et ils partirent très-satisfaits. Ils étaient à peine à une journée de Paris, qu'entrés dans une hôtellerie pour déjeûner, ils jugèrent à propos de se promener pendant qu'on leur préparait à manger. C'est vers une prairie adjacente à l'hôtellerie et sur les bords de la Marne qu'ils portèrent leurs pas; ils étaient encore tout tristes, quand un spectacle inattendu vint les arracher à leur mélancolie; c'était un troupeau de vaches paissant, et portant, comme dans la Suisse, un collier et des grelots tout autour du cou. Ils le contemplèrent avec beaucoup d'avidité, et, rentrés à l'hôtellerie, ils en firent le sujet de la conversation. Comme ils étaient près de partir, et qu'ils en parlaient encore : « Eh bien ! comment te « trouves-tu? dit l'un d'eux à l'autre. — Mais bien ; et toi? — Par- « faitement. — Si nous revenions au régiment, serais-tu malade? — « Je ne pense pas. — Revenons-y? — Je le veux bien. » Et en effet ils y revinrent et furent entièrement guéris.

Faut-il ajouter foi au rapport des personnes qui attestent que des soldats sont morts le jour même qu'on leur refusait leur congé après le leur avoir promis? Les exemples d'une mort aussi prompte doivent être rares; mais il est vrai de dire que toujours dans pareilles occasions le mal du nostalgique fait de rapides progrès.

Cependant, soit qu'il puisse rendre son malade à ses foyers domestiques, soit qu'il ne le puisse pas, le médecin, loin de rester contemplateur oisif de la marche de la maladie, fera tous ses efforts pour l'enrayer; dans cette vue, il devra mettre en pratique deux thérapeutiques différentes : l'une, principale, essentielle, c'est la thérapeutique morale; l'autre, secondaire, c'est la thérapeutique pharmaceutique; faire diversion aux idées du malade, tel est le secret de la première. Tous les caractères n'étant pas les mêmes, ce qui plaît à

l'un pouvant déplaire à l'autre, il serait trop long de détailler les différens moyens que le médecin devra faire concourir à ce but; disons seulement qu'il y parviendra d'autant mieux, qu'il aura fait une étude plus approfondie du cœur de l'homme et de celui de son malade en particulier.

Seulement palliative, quand la première ne réussit pas, la thérapeutique pharmaceutique consiste à combattre les maladies qui naissent sous l'influence de la nostalgie. C'est ce qu'on doit faire, en ne perdant jamais de vue qu'une cause toujours agissante doit toujours produire le même effet, et que, par conséquent, une médecine active ne peut point convenir ici. En vain, dit *Sauvages*, en parlant de la maladie qui nous occupe, vous vous attacheriez à faire disparaître l'état saburral; à l'aide de vomitifs réitérés, vous plongeriez votre malade dans la tombe avant que d'y avoir réussi. Ce que *Sauvages* dit de l'état saburral doit s'entendre de toutes les autres maladies et de leur thérapeutique. Il n'y a qu'une circonstance qui peut légitimer une médecine active, c'est lorsque l'encéphale est vivement enflammé. Nous finirons ces considérations sur le traitement de la nostalgie par une observation de la plus haute importance, c'est qu'il existe une époque où de grands désordres semblent dénoter de grandes altérations des organes de la digestion. Cependant l'expérience nous a appris qu'il n'en était point ainsi, ou au moins il faudrait avouer que, dans certaines circonstances, les phlegmasies gastro-intestinales peuvent guérir bien promptement. Voici le fait le plus propre à appuyer ce que j'avance.

M. *N*....., étudiant en médecine alors, et docteur de cette année, était à Paris depuis trois ans, lorsqu'à la suite de quelques chagrins, il fut vivement tourmenté de l'envie de revenir chez lui; il n'était retenu à Paris que par le désir de passer un examen avant de partir. L'ennui qui s'attachait à la préparation de cet examen (anatomie), ne fit qu'augmenter son inquiétude; il dépérissait sensiblement chaque jour, et bientôt il en vint au point de se croire attaqué d'une gastro-entérite chronique. Tout semblait justifier la justesse de son diagnostic;

il prit conseil de deux médecins des plus distingués des hôpitaux; l'un le confirma dans cette idée, et lui ordonna des alimens légers en très-petite quantité et des boissons acides; l'autre, sans se prononcer sur la nature de la maladie, prescrivit une diète lactée. C'est alors que le jeune étudiant résolut de partir pour son pays; il avait cent et quelques lieues à faire, l'état de ses forces ne semblait point permettre une telle entreprise; néanmoins il monte en diligence. Pendant les vingt-cinq premières lieues, il songea à l'ordonnance des médecins, plus tard, poussé par la faim et par la compagnie de joyeux convives, il hasarde de se mettre à table; il mange assez et ne s'en trouve point dérangé; enhardi par ce premier essai, il en tente un second; pour cette fois il mangea autant qu'aucun des convives, et cela très-impunément. Enfin il arriva chez lui bien portant, et en très-peu de temps il eut repris son embonpoint.

Tel était ce que nous avions à dire sur un sujet non moins intéressant pour le philosophe que pour le médecin; puissions-nous avoir trouvé l'occasion de satisfaire nos maîtres en plaisant à nos amis, double but que nous nous sommes proposé!

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 3, *aph.* 3.

III.

Quicumque aliquâ corporis parte dolorem ferè non sentiunt, iis mens ægrotat. *Sect.* 2, *aph.* 6.

IV.

Si metus et tritia multo tempore perseverent; melancholicum hoc ipsum. *Ibid.*, *aph.* 23.

V.

Lassitudines spontè obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

DISSERTATION

N° 177.

SUR

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR FLÉCHARD, de Laval,

Département de la Mayenne;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

Ars medica tota in observationibus.
FRÉD. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur*.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant*.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président*. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur*.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur*. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Suppléant*.	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur*.
Dubois.	Rochoux, *Examinateur*.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gémardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON BON PÈRE

ET

A MON EXCELLENTE MÈRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RONDELOU,

Chirurgien en chef de l'hôpital de Laval.

SON ÉLÈVE RECONNAISSANT,

FLÉCHARD.

DISSERTATION

SUR

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Mon but dans cette dissertation n'est point d'ajouter aux faits déjà connus sur la maladie que j'ai choisie pour sujet de thèse, mais de rassembler à peu près ce qui a été écrit sur cette affection et de satisfaire à un sixième examen.

Le rhumatisme articulaire a été long-temps confondu avec la goutte, sous la dénomination d'*arthritis*, par les anciens médecins. On trouve dans *Hippocrate*, dans *Arétée*, des passages qui prouvent qu'il ne leur était pas inconnu. Mais ce n'est que vers la fin du seizième siècle, du temps de *Baillou*, que cette maladie fut exactement décrite et distinguée de la goutte, avec laquelle certains rapports ont pu la faire confondre pendant quelque temps. Après *Baillou*, *Sydenham*, *Hoffmann*, *Cullen*, *Stoll*, et plus récemment *Barthez*, *Scudamore*, M. le professeur *Chomel* et d'autres auteurs ont jeté de nouvelles lumières sur ce sujet, qui mérite encore beaucoup de recherches.

Depuis que le rhumatisme articulaire a été séparé de la goutte et considéré comme une maladie spéciale, particulière, on trouve cette affection désignée de diverses manières. C'est ainsi que beaucoup d'auteurs la considérant dans un appareil fébrile, plus ou moins intense, lui ont donné le nom de *fièvre arthritique*, tels sont *Vogel*,

Giannini, etc. On la trouve dans *Cullen* désignée sous le nom d'*arthrodynie*. *Pinel* l'a décrite sous celui de *rhumatisme fibreux*. M. *Broussais*, pour indiquer la facilité avec laquelle cette maladie envahit plusieurs articulations à la fois ou successivement, a cru devoir lui appliquer le nom de *polyarthritis*.

Définition. Le rhumatisme articulaire est une inflammation spéciale du tissu fibreux qui environne les articulations, et qui a quelque chose de fixe dans sa marche et sa durée, malgré les moyens les plus actifs et les plus perturbateurs. Beaucoup d'auteurs considérant cette maladie comme une simple phlegmasie, trouveront peut-être cette définition mauvaise. Il est bien vrai que le rhumatisme articulaire présente des symptômes d'inflammation; il existe même des formes de rhumatisme articulaire vraiment inflammatoire; mais aussi, dans le plus grand nombre des cas, cette affection présente dans sa marche des phénomènes si différens de ceux des inflammations franches, qu'on ne peut s'empêcher d'admettre cette particularité, cette spécialité. En effet, l'inflammation n'est pas une lésion mobile, passagère; on ne voit pas une inflammation durer deux heures, trois heures, comme le rhumatisme articulaire. Elle entraîne toujours après elle des lésions organiques assez graves, assez profondes pour ne pas se terminer dans un espace de temps aussi court. La tendance à des retours réguliers ou irréguliers est un des principaux attributs du rhumatisme articulaire; cette tendance n'a point lieu dans les inflammations. La terminaison du rhumatisme articulaire par suppuration est extrêmement rare; c'est, au contraire, une terminaison fréquente des inflammations. Les inflammations peuvent être imitées avec des agens chimiques ou physiques; on ne peut pas ainsi produire le rhumatisme articulaire. Le traitement antiphlogistique a une grande influence sur la marche, la durée et la terminaison des inflammations; le rhumatisme articulaire, au contraire, résiste le plus généralement au traitement antiphlogistique le mieux dirigé, et n'en parcourt pas moins sa marche ordinaire. Les médecins anglais autrefois

traitaient le rhumatisme articulaire par le vin de Madère, le quinquina, la salsepareille, le gayac, etc., traitement certainement bien contraire aux inflammations, et cependant les malades guérissaient très-bien. Le rhumatisme articulaire n'est-il pas en quelques points différent des inflammations des articulations produites par un coup, une chute, etc.? Toutes ces considérations sont bien suffisantes, je crois, pour mériter à l'inflammation rhumatismale un caractère tout particulier.

Siége.

Le rhumatisme articulaire a essentiellement son siége dans le tissu fibreux qui environne les articulations, et qui comprend les fibro-cartilages, les capsules synoviales, les ligamens, les aponévroses, les tendons, les gaînes tendineuses et le périoste.

Caractères anatomiques.

Le rhumatisme articulaire n'étant pas souvent une maladie mortelle, la science est encore très-peu avancée sous le rapport des lésions pathologiques qui peuvent se rencontrer dans cette affection. Dans quelques cas on n'a rien trouvé dans les articulations qui avaient été le siége de la maladie; ce qui peut être dû, comme le pense M. le professeur *Cruveilhier*, à une espèce de révolution qui s'opère au moment de la mort, ainsi qu'on l'observe quelquefois dans certaines phlegmasies de la peau. Cependant la plupart des observateurs qui ont eu occasion d'ouvrir des cadavres de personnes mortes pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, ont trouvé, en général, les ligamens, les aponévroses, les capsules synoviales tapissés par une matière lymphatique, albumineuse, gélatineuse, plus ou moins épaisse, d'une couleur variable depuis celle du blanc d'œuf jusqu'au rouge sanguinolent; ils ont aussi trouvé les gaînes synoviales contenant un liquide analogue. *Baillou* dit avoir rencontré les tendons eux-mêmes infiltrés de ce même liquide. On a souvent trouvé les capsules synoviales rouges, phlogosées, remplies d'une synovie plus ou moins épaisse, plus ou moins jaunâtre, et assez

abondante pour donner lieu à une hydropisie de l'article. Les cartilages et les fibro-cartilages participent, dans le plus grand nombre de cas, aux altérations de la membrane séreuse qui les recouvre ; aussi les trouve-t-on également nuancés en rose, ou piquetés de points d'un rouge vif. M. *Laënnec* dit qu'on rencontre très-fréquemment les articulations, et particulièrement celle du genou, remplies de gaz vers le déclin d'un rhumatisme articulaire aigu. Le tissu cellulaire qui environne les articulations se trouve assez souvent engorgé de sérosité.

Causes du rhumatisme articulaire.

Hérédité. Le rhumatisme articulaire, surtout si on le compare à la goutte, n'est point une maladie héréditaire ; cependant on ne peut guère se refuser à admettre qu'un individu né de parens habituellement affectés de rhumatisme articulaire sera plus exposé à ce genre de maladie qu'un autre individu qui se trouve dans des circonstances contraires.

Age. Tous les âges ne disposent pas également au rhumatisme articulaire ; l'enfance paraît en être exempte. Cependant M. le professeur *Chomel* a vu deux malades, dont l'un avait été affecté de rhumatisme articulaire à huit ans, l'autre à neuf. La jeunesse, la virilité sont des époques de la vie où l'homme est le plus exposé à cette maladie ; la vieillesse en est rarement atteinte, et *Ponsart* en disant que la classe des vieillards fournissait le plus grand nombre de rhumatissans, n'a voulu parler sans doute que des affections rhumatismales chroniques. Son opinion se trouve alors justifiée par l'expérience, qui nous démontre tous les jours que le rhumatisme se manifestant sous le type aigu pendant la jeunesse, se prolonge le plus ordinairement par des rechutes multipliées jusqu'à la dernière période de la vie, et passe insensiblement à l'état chronique. *Vogel* a remarqué, en général, que les affections rhumatismales occupent ordinairement la tête, la poitrine et les extrémités supérieures chez les jeunes gens ; le dos et les extrémités inférieures chez les gens avancés en âge.

Sexe. Les individus de l'un ou de l'autre sexe sont également disposés au rhumatisme articulaire; et si, d'après une comparaison étendue de rhumatisans, l'homme constitue la plus grande proportion, c'est qu'il se trouve beaucoup plus exposé que la femme aux causes qui le déterminent. Chez cette dernière, l'état des couches et la lactation sont, d'après beaucoup d'auteurs, une cause très-disposante au rhumatisme articulaire.

Constitution. Le tempérament sanguin, celui qui est caractérisé par un système musculaire fort développé, sont plus disposés au rhumatisme articulaire que les autres constitutions. Cette remarque n'avait pas échappé à *Hippocrate*, qui regardait comme sujets aux douleurs articulaires les hommes qui ont de grands viscères, une large poitrine. On a remarqué aussi qu'une constitution délicate, nerveuse, irritable, en était assez souvent attaquée.

Saisons et lieux. Le printemps et l'automne, saisons pendant lesquelles s'observent de grandes vicissitudes atmosphériques, des variations fréquentes et subites de température, sont les temps de l'année où l'on voit régner le plus de rhumatisme articulaire. Il est rare dans les pays très-froids ou très-chauds, qui sont peu sujets à ces mêmes vicissitudes; il est très-commun en Angleterre, où le froid humide domine. Le sud de l'Irlande est, de tous les pays de l'Europe, dit *Bosquillon*, le moins sujet aux vicissitudes de l'air; l'été y est peu chaud, et l'hiver y est tempéré; aussi le rhumatisme y est-il très-rare. L'habitation dans des endroits humides, marécageux et exposés à des brouillards continuels; l'habitation de bâtimens nouvellement construits, l'exposition du corps à un courant d'air, le passage brusque d'un air chaud à un air froid, l'immersion du corps dans l'eau froide, l'imbibition des vêtemens par la pluie, le coucher sur un sol humide, des habillemens d'été substitués trop tôt à des habillemens d'hiver, telles sont les causes qui exercent l'influence la plus marquée sur le développement de cette maladie.

Les écarts dans le régime, la suppression d'une évacuation habi-

tuelle, telle que celle d'une hémorrhagie constitutionnelle, des lochies, des flueurs blanches, du lait, des exutoires sont encore regardés comme causes de cette maladie. *Hoffmann* a remarqué que les femmes y sont plus sujettes à l'âge de quarante-cinq à cinquante ans, époque de la vie à laquelle l'écoulement menstruel se supprime ordinairement. Certaines professions, par les écarts de régime, les habitudes ou les circonstances de la vie auxquelles elles donnent lieu, peuvent aussi favoriser le développement du rhumatisme articulaire. *Hoffmann* pense que les maladies chroniques, et surtout les fièvres intermittentes, produisent une disposition très-favorable aux affections rhumatismales.

La durée du temps qui s'écoule entre l'application des causes extérieures de la maladie et ses premiers symptômes est une chose assez difficile à expliquer, quoique très-facile à reconnaître, au moins dans la plupart de cas. Il résulte des observations que les premiers symptômes peuvent paraître une heure ou même une demi-heure après l'exposition au froid et à l'humidité; que le plus généralement l'invasion a lieu dans les premiers jours, jamais après le sixième. Cependant *Giannini* cite l'exemple d'une jeune fille qui fut attaquée d'un rhumatisme articulaire quinze jours après avoir été exposée à la pluie, lorsqu'elle était légèrement en sueur. Cette observation est une exception à ce qui arrive le plus ordinairement.

Le rhumatisme articulaire est presque toujours sporadique; il est endémique dans certains lieux bas et humides et sujets aux vicissitudes atmosphériques. *Pringle, Stoll* ont observé des épidémies de rhumatisme articulaire.

Symptômes.

Les symptômes précurseurs du rhumatisme articulaire ne sont pas souvent bien prononcés. Cependant quelques malades éprouvent de la céphalalgie, des lassitudes spontanées, un malaise général, de la pesanteur dans les membres. Les pieds, les mains sont refroidis; c'est par eux que commence ordinairement le frisson, qui se répand bientôt sur tout le reste du corps. A ce frisson succède une

chaleur vive, universelle; le pouls devient fréquent, serré, la soif vive.

Invasion.

L'invasion du rhumatisme articulaire succède quelquefois à ce léger dérangement des fonctions; d'autres fois elle est subite, et n'est annoncée par aucun phénomène. Les membres inférieurs sont ordinairement choisis par la maladie comme le lieu de l'attaque, et, en général, les chevilles et les genoux deviennent à la fois ou les uns après les autres promptement affectés. Ces articulations sont le siége d'un peu de gêne dans les mouvemens, qui sont seulement ralentis; la douleur, d'abord légère, augmente avec plus ou moins de rapidité. M. le professeur *Chomel* fait mention d'un cas où la maladie se manifesta subitement pendant la marche dans les deux genoux, avec une telle intensité, que le malade ne put marcher, ni prévenir la chute, qu'il fit presque aussitôt. J'ai vu un exemple à peu près semblable cet hiver à la clinique de ce professeur. Un jeune homme éprouvait depuis trois ou quatre jours une légère gêne dans les deux genoux; étant à se promener sur les boulevards, ces articulations devinrent subitement le siége de douleurs tellement vives et intenses, qu'il ne put continuer sa promenade et qu'il tomba par terre.

L'invasion du rhumatisme articulaire a lieu indifféremment le jour ou la nuit.

Symptômes locaux.

Douleur. La douleur prédomine tous les autres symptômes, et de tous est celui qui se montre le premier. Cette douleur présente plusieurs variétés dans sa nature; elle est pulsative ou contusive. Quelques malades la comparent à une sensation de morsure, de déchirement, à celle que produirait un instrument piquant qui traverserait subitement les articulations affectées; d'autres se plaignent d'un simple engourdissement. L'intensité de la douleur est aussi très-variable, depuis le simple malaise jusqu'à ces souffrances atroces qui arrachent des cris involontaires au malade. Généralement la douleur est plus vive dans les petites articulations que dans les grandes.

Rasoux a cru remarquer que les douleurs des membres inférieurs sont ordinairement plus fortes que celles des membres supérieurs. Elles augmentent par le moindre mouvement, par la moindre secousse imprimée au lit du malade, par la pression même des couvertures, qu'il devient nécessaire de soutenir avec des cerceaux. Les douleurs sont ordinairement plus vives la nuit que le jour.

Chaleur. La chaleur naturelle de l'articulation affectée est le plus ordinairement augmentée ; ainsi on voit les malades accuser une chaleur vive, brûlante, qui diminue bientôt, et est même quelquefois remplacée par une sensation de froid. Cette chaleur est âcre, mordicante.

Gonflement. Le gonflement accompagne toujours le rhumatisme articulaire. Les articulations qui sont profondes, telles que celles de l'épaule, de la hanche, sont recouvertes de parties molles trop épaisses pour qu'il puisse être apparent. La plupart des auteurs donnent pour cause de ce gonflement l'empâtement, la tuméfaction, l'œdème des différentes parties qui environnent l'articulation. Je crois que ce n'est point là la véritable cause du gonflement, et que, dans le plus grand nombre des cas, presque toujours, il est dû à un épanchement de synovie dans les capsules articulaires, épanchement que l'on peut facilement reconnaître d'abord par la fluctuation, ensuite par la forme de l'articulation, qui ne présente guère de gonflement que dans les endroits où les membranes synoviales sont lâches, et ne sont pas retenues par les parties ligamenteuses ou tendineuses. Les anciens médecins, qui regardaient les hydropisies des articulations comme très-dangereuses, ne font nullement mention de cette cause du gonflement. Cependant *Raulin* rapporte avoir vu le genou d'un homme affecté de douleurs rhumatismales très-violentes gros et gonflé, avec une fluctuation sensible, qui se dissipa en peu de jours. *Storch* dit avoir souvent remarqué ces hydropisies des articulations dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. *Scudamore* pense aussi que le gonflement rhumatismal dépend d'une distension inflammatoire des capsules sy-

noviales et des gaînes tendineuses. On n'a pas fait assez attention, je crois, à ces hydropisies articulaires dans le cours de cette maladie.

Rougeur. Ce symptôme n'est pas constant; quand il existe, il est toujours accompagné de chaleur, de gonflement et de douleur. Cette rougeur est quelquefois très-vive, comme dans l'érysipèle; d'autres fois elle est très-légère, et peut à peine être distinguée de la couleur naturelle de la peau. Elle ne persiste jamais au-delà de quelques jours.

La mobilité dans les symptômes locaux du rhumatisme articulaire, et qui en est un des caractères essentiels, mérite une attention toute particulière. Il est extrêmement rare qu'une affection rhumatismale aiguë reste pendant toute sa durée fixée sur les mêmes parties, presque toujours elle change de place, et parcourt ainsi successivement toutes les articulations. Dans le cours de la même attaque, le mal se manifeste assez souvent plusieurs fois à la même articulation, mais rarement avec la même intensité. Cette mobilité a lieu ordinairement dans les premiers jours de la maladie.

Le rhumatisme articulaire ne quitte pas toujours le siége qui lui est propre pour se porter sur une autre articulation, mais souvent pour se fixer sur un organe interne. Ainsi, il n'est pas très-rare que les méninges soient le siége de la métastase rhumatismale. J'en ai vu un exemple cet hiver à la clinique de M. le professeur *Chomel.* La plèvre, le poumon, le péricarde, le diaphragme, l'estomac, les intestins, sont aussi assez souvent le siége de ces métastases. Cette répercussion du rhumatisme articulaire sur les organes intérieurs est suivie le plus souvent de phlegmasies ou d'affections nerveuses de ces mêmes organes. Quelquefois ces deux classes d'affections conservent le caractère principal du rhumatisme articulaire, la mobilité; mais d'autres fois elles le perdent entièrement.

Symptômes généraux.

Quelquefois ces symptômes sont à peine prononcés, l'affection est purement locale; mais cependant, quand le rhuma-

tisme articulaire aigu est très-intense, on remarque ordinairement les dérangemens fonctionnels suivans : face rouge, vultueuse; céphalalgie, peu de sommeil, agitation, malaise général, inappétence, répugnance même pour les alimens, soif vive, constipation, urines rares, rouges, déposant un sédiment briqueté; peau chaude, halitueuse, quelquefois même couverte de sueurs, qui à cette époque ne peuvent qu'affaiblir le malade; pouls plein, fort, développé, accéléré.

Marche de la maladie. Après un ou deux jours de malaise, d'indisposition, et bien rarement subitement, quelques articulations, et particulièrement celles des pieds et des genoux deviennent douloureuses. Cette douleur augmente les jours suivans, prend plus d'intensité, devient pulsative, déchirante. Bientôt la chaleur, la rougeur, le gonflement surviennent. *Cullen* pensait que la douleur diminuait lorsque la peau devenait rouge, tendue, enflammée. M. le professeur *Chomel* a observé le contraire; c'est-à-dire que la douleur augmentait lorsque la rougeur et le gonflement survenaient, et qu'elle ne diminuait que lorsque ces deux symptômes avaient acquis tout leur développement. La douleur est le symptôme qui disparaît ordinairement le premier, ensuite la chaleur et la rougeur; le gonflement persiste encore et se dissipe lentement. Mais le plus souvent, en même temps que la douleur diminue dans une articulation, elle commence à se faire sentir dans une autre, quelquefois même dans plusieurs. Ordinairement elle cesse dans les premières, quand elle a acquis dans les autres un certain degré d'intensité. Cette règle n'est pas générale, car quelquefois il existe un intervalle marqué entre le temps où la douleur cesse dans une articulation et celui où elle se fixe sur une autre. Le rhumatisme articulaire peut parcourir ainsi successivement toutes les articulations. Il n'est pas très-rare de le voir les occuper toutes en même temps, et condamner le malade à une immobilité absolue. C'est ordinairement la nuit, comme le remarque *Cullen*, que les douleurs changent de place.

Dans le rhumatisme articulaire aigu intense, le mouvement des articulations affectées est tout à fait impossible; le moindre mouvement communiqué au plancher de la chambre ou au lit du malade lui fait pousser des cris, la moindre pression même lui cause des douleurs insupportables.

La fièvre va généralement en diminuant, et cesse presque toujours avec les douleurs.

Le rhumatisme articulaire ne se montre pas toujours avec ce degré d'intensité. Il y a des rhumatismes articulaires peu douloureux, et qui sont à peine accompagnés de rougeur, de gonflement et d'un simple accès fébrile au début. La douleur est bornée à peu d'articulations, quelquefois même à une seule; les mouvemens ne sont que légèrement gênés; il n'y a point de symptômes généraux.

Durée de la maladie. La durée du rhumatisme articulaire est très-variable, ce qui peut tenir à l'âge du sujet, à sa constitution ou à la saison de l'année où on l'observe; elle est le plus généralement de deux à six septénaires.

Terminaisons. La solution la plus heureuse, et qui arrive le plus souvent dans le rhumatisme articulaire, est la résolution; les symptômes locaux diminuent de jour en jour d'intensité et finissent par disparaître. Les malades ne ressentent plus qu'une légère gêne, de la roideur dans les mouvemens, qui se dissipent bientôt entièrement. Cette diminution, cette disparition dans les symptômes de cette maladie sont quelquefois accompagnées d'évacuations critiques qui ne la font pas cesser, mais qui semblent en diminuer l'intensité. Ainsi, on voit tous les jours des sueurs générales copieuses, collantes; des urines épaisses, déposant un sédiment briqueté abondant; de la diarrhée, un flux hémorrhoïdal ou menstruel, et certaines éruptions à la peau, coïncider avec la guérison du rhumatisme articulaire.

Il est bien rare de voir le rhumatisme articulaire aigu se terminer par la mort.

Le rhumatisme articulaire est, après la goutte, la maladie la plus sujette aux récidives. Une personne qui en a déjà été attaquée une fois doit s'attendre à l'être de nouveau par la suite, et sous l'influence des causes les plus légères. Dans ce cas, la maladie choisit ordinairement pour siége les mêmes articulations qui ont été antérieurement affectées; et le plus souvent, ces attaques par récidive sont moins intenses que les premières.

Diagnostic.

Le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu présente peu de difficultés. La goutte, avec laquelle il a été long-temps confondu, présente des caractères qui lui sont tous particuliers, et qui empêcheront toujours un médecin observateur de se tromper; et afin de faire ressortir cette vérité, je vais présenter les principales différences qui existent entre ces deux affections, que quelques médecins ont encore, dans ces derniers temps, voulu confondre et regarder comme identiques. La goutte est beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme; le rhumatisme articulaire attaque également les deux sexes; celui-ci se déclare chez les jeunes gens et les adultes, la première chez les adultes et les vieillards. Le rhumatisme articulaire est presque toujours attribué à l'impression du froid humide; la goutte, au contraire, est rarement due à une cause extérieure, elle est toujours précédée de troubles dans les fonctions digestives, et suit souvent un écart de régime. Le rhumatisme articulaire frappe les grandes articulations; la goutte les petites, et le plus ordinairement celle du gros orteil. L'invasion de la goutte présente toujours des prodromes; le rhumatisme articulaire n'en présente jamais. Les douleurs dans le rhumatisme articulaire vont toujours en décroissant à mesure que l'inflammation diminue et que la maladie marche vers sa terminaison; dans la goutte, au contraire, elles décroissent inégalement, et sont quelquefois plus intenses qu'elles n'ont été pendant tout le cours de l'attaque, la veille même de leur entière disparition. On ne confondra pas non plus la maladie dont il est

question avec ces douleurs vives que ressentent quelquefois dans les articulations, les jeunes gens qui prennent un accroissement rapide.

Prognostic.

Le prognostic du rhumatisme articulaire est en général peu grave; la vie du malade n'est en danger qu'autant que l'affection rhumatismale se déplace et détermine dans un organe intérieur essentiel à la vie des désordres plus ou moins grands.

Traitement.

Dans le rhumatisme articulaire aigu léger, le repos, l'usage de boissons rafraîchissantes et de quelques laxatifs, une température modérée sont les seuls moyens auxquels on doive avoir recours; ils suffisent toujours pour amener la solution de la maladie.

Dans le rhumatisme articulaire aigu intense, la même méthode serait insuffisante; il sera quelquefois nécessaire de pratiquer une saignée générale, qui pourra modérer la violence des symptômes.

Les saignées générales étaient très-employées par les anciens médecins dans le traitement du rhumatisme articulaire. *Sydenham*, pendant les premières années de sa pratique, regardait les saignées répétées comme le principal remède dans le rhumatisme articulaire. Sa méthode était la même, indépendamment de l'âge et de la constitution des malades, de la période et de l'intensité de la maladie. Il abandonna bientôt cette opinion, et réserva l'usage de la saignée aux individus pléthoriques, d'une constitution robuste. *Cullen* regardait aussi la saignée comme le meilleur moyen thérapeutique dans le rhumatisme articulaire. *Stoll* pensait que les saignées affaiblissaient plutôt les malades qu'elles ne diminuait les symptômes de la maladie. *Giannini* disait qu'elles n'étaient jamais nécessaires. On ne doit cependant point exclure la saignée du traitement du rhumatisme articulaire, car si elle n'est pas toujours utile, il est des cas au moins où elle peut être très-avantageuse. On doit y avoir recours seulement chez un sujet jeune, vigoureux, et d'une constitution pléthorique, ou bien lorsque la réac-

tion générale est tellement forte, qu'on a lieu de craindre que quelque organe intérieur ne devienne affecté. Les saignées, en général, ont peu d'influence sur la durée du rhumatisme articulaire; elles peuvent bien en modérer les symptômes; mais le plus souvent elles n'en amènent pas la solution. Il est même remarquable qu'une fluxion sanguine si peu abondante qu'elle l'est dans le rhumatisme le plus intense résiste, comme il arrive communément, à trois ou quatre saignées très-copieuses.

Les laxatifs sont souvent indiqués pendant le cours de la maladie pour vaincre la constipation, qui est presque habituelle, et pour cela on se sert de préférence du tamarin, de l'eau de rhubarbe. Quant aux vomitifs, on ne doit y avoir recours que lorsqu'il existe un embarras des premières voies.

Les narcotiques se sont souvent montrés très-utiles. Appliqués à l'extérieur ils sont peu efficaces; mais pris à l'intérieur, et à petites doses, ils calment souvent les douleurs, et procurent un sommeil tranquille qui répare les forces du malade. On ne doit jamais avoir recours à ce moyen que lorsqu'il y a peu de fièvre ou que la réaction inflammatoire est très-diminuée.

La chaleur est un moyen très-fréquemment employé; une température douce, égale, suffit pour aider à la solution de la maladie. Dans le rhumatisme articulaire intense, une température un peu fraîche doit être préférée à cette mauvaise pratique de surcharger les malades de couvertures, de les placer dans un appartement bien chauffé, moyens qui produisent une évaporation par la peau, une transpiration forcée, bien propre à affaiblir le malade et à augmenter encore la chaleur, la douleur des articulations affectées. La chaleur humide est quelquefois utile, ainsi les bains tièdes procurent souvent beaucoup de soulagement vers le déclin du rhumatisme articulaire.

Si vers la fin de la maladie on aperçoit quelques tendances vers telle ou telle évacuation critique, il faudra alors employer quelques légers diaphorétiques, des laxatifs ou des durétiques, qui en favoriseront peut-être l'apparition.

Lorsque l'affection rhumatismale se déplace et se porte sur un organe intérieur, où elle détermine des accidens plus ou moins graves, il faut de suite la rappeler sur les articulations où elle était fixée, et pour cela on appliquera sur ces parties des cataplasmes de farine de graine de lin, des sinapismes, des vésicatoires. On combattra en même temps les accidens qui se seront développés dans cet organe.

Le régime doit être différent suivant la marche de la maladie. Dans le début, on conseillera avec beaucoup d'avantage le petit-lait, si justement recommandé par *Sydenham;* une solution de sirop de groseilles, de l'oximel, une décoction d'orge ou de chiendent. Lorsqu'il n'existe plus de fièvre, que la réaction inflammatoire est tombée, on pourra permettre aux malades quelques bouillons, quelques panades, quelques crèmes de riz, et on ne viendra à une nourriture animale que bien graduellement.

Traitement local. Dans le rhumatisme articulaire aigu léger, on se contente d'environner les articulations de morceaux de flanelle ou de les couvrir de cataplasmes; mais lorsqu'il est très-intense, les sangsues appliquées en grand nombre sur l'articulation diminuent presque constamment l'intensité des douleurs. Les ventouses scarifiées ont autant de succès, mais, comme on le sait, leur emploi est infiniment plus douloureux. Les applications émollientes aident sensiblement l'effet des évacuations sanguines, si l'on prend soin qu'elles ne se refroidissent pas sur la partie souffrante. On évite cet inconvénient en imbibant avec les décoctions mucilagineuses, au lieu de linges ordinaires, des morceaux de flanelle, qu'on peut arroser avec quelques gouttes de laudanum. On emploie aussi quelquefois avec beaucoup d'avantage, la compression, quand les douleurs sont un peu diminuées.

Il me reste à parler du traitement par l'émétique à haute dose, recommandé depuis quelques années. Je crois que ce moyen de traitement a été, comme les remèdes nouveaux, beaucoup trop vanté dans le traitement du rhumatisme articulaire, et n'est pas toujours sans

danger. M. *Dance*, dans les numéros des Archives du mois d'avril et de mai, a rapporté un bon nombre d'observations qui prouvent que le tartre stibié est loin de guérir constamment le rhumatisme articulaire aigu; très-souvent, au contraire, les succès obtenus par ce médicament sont nuls ou douteux, ainsi qu'on peut le voir en consultant le tableau qui accompagne ces observations, et il n'a pleinement réussi que dans les rhumatismes récens et d'une intensité modérée.

Les guérisons obtenues par l'emploi du tartre stibié sont, à la vérité, ordinairement plus promptes que par les moyens le plus généralement employés; mais aussi, comme le remarque judicieusement M. *Dance*, cette médication est très-fatigante pour le malade, inquiétante pour le médecin, et n'est pas toujours exempte d'accidens morbides consécutifs. Tous ces inconvéniens doivent en restreindre beaucoup l'usage dans une maladie qui guérit ordinairement par les seuls efforts de la nature, et contre laquelle on possède des moyens curatifs tout aussi sûrs et moins dangereux.

Traitement prophylactique. De tous les moyens préservatifs conseillés après la guérison du rhumatisme articulaire, un exercice actif, des vêtemens de flanelle appliqués immédiatement sur la peau, et l'observation des préceptes de l'hygiène, sont ceux dont l'observation a le mieux constaté les bons effets. *Scudamore* conseille de se laver tous les matins la tête, le cou et les pieds avec de l'eau froide, afin de se rendre moins impressionnable à l'action du froid.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* LORRY).

I.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

III.

In acutis morbis extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

IV.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum. *Ibid. aph.* 14.

V.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facilè. *Sect.* 2, *aph.* 42.

VI.

A peripneumoniâ phrenitis, malum. *Sect.* 7, *aph.* 12.

COUP-D'ŒIL

N° 178.

SUR

LE TRAITEMENT DES PLAIES

PROVENANT

DE L'AMPUTATION DANS LA CONTINUITÉ DES MEMBRES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JUSTE PÉREZ-HERVAS, de Madrid.

Ego liberam medicinam profiteor, nec ab antiquis sum nec à novis; utrosque, ubi veritatem colant, sequor.

GEORG. BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Suppléant.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux, *Examinateur.*
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE

ET

DE MA MÈRE.

J.-P. HERVAS.

COUP-D'OEIL

SUR

LE TRAITEMENT DES PLAIES

PROVENANT

DE L'AMPUTATION DANS LA CONTINUITÉ DES MEMBRES.

Je n'ai pas la prétention de traiter à fond, dans ce travail, un sujet si vaste et sur lequel des praticiens du plus haut mérite ne sont pas d'accord ; aussi ne ferai-je que l'effleurer. Je passerai sous silence les procédés des anciens, sans m'appesantir sur des pratiques modernes que tout le monde connaît, mon but n'étant pas de faire un historique complet de cette partie de l'art, mais bien de jeter un coup-d'œil sur son état actuel. Je supposerai l'amputation faite dans les cas convenables, exécutée conformément aux règles de l'art et sans complication d'aucune autre affection.

Le membre étant séparé du corps, il reste une plaie plus ou moins grande, d'une forme déterminée par celle du membre sur lequel on a opéré, à moins qu'on ait formé des lambeaux, présentant à sa surface des élémens anatomiques plus ou moins variés, tels que des vais-

seaux, des nerfs, des os, etc. Parmi les phénomènes qui se passent à la surface de la plaie, celui qui mérite le plus d'attirer l'attention du chirurgien, c'est l'écoulement sanguin, qui a lieu par divers points à la fois, et qu'il doit arrêter au plus tôt. C'est sans doute avoir beaucoup fait pour le malade que d'avoir suspendu l'hémorrhagie; mais pour que le chirurgien ait rempli sa tâche, il faut encore qu'il aide la cicatrisation de la plaie, qu'il y préside. Je vais m'occuper de ces deux indications principales.

Le sang s'échappe des artères par un jet proportionné au calibre du vaisseau qui le fournit : cette source doit être tarie au plus vite par le chirurgien, s'il ne veut que l'hémorrhagie soit promptement funeste. De tous les moyens employés jusqu'à ce jour contre elle, la compression, diversement modifiée, est le plus généralement admis aujourd'hui. *J.-L. Petit* avait une prédilection marquée pour la compression directe sur l'orifice des vaisseaux ouverts. Tout le monde connaît le cas de M. *de Rothelin*, où elle lui fut si utile, et l'instrument qu'il inventa pour la rendre plus facile. Ce procédé est maintenant abandonné; et si on agit encore sur l'orifice d'une artère, c'est dans le cas où, renfermée dans un canal osseux, on la tamponne à l'aide d'une boulette de cire.

La compression latérale est employée avec succès depuis plus de vingt ans par M. *Koch* chirurgien à Munich. Voici sa manière de procéder. Pendant l'opération, un aide exerce la compression sur l'artère principale du bras ou de la cuisse. Le membre étant emporté et les lambeaux exactement rapprochés, la main de l'aide est remplacée par une compresse longuette fixée sur le trajet de l'artère au moyen d'une bande. Cet appareil est maintenu jusqu'au dixième ou douzième jour, s'il ne survient pas d'accidens; et à sa levée, la plaie est réunie; on supprime dès-lors la compresse longuette. Rien n'est plus simple que la marche de la plaie, ni plus prompt que sa guérison. Cependant M. *Koch* fils ayant opéré suivant sa méthode, sous les yeux de *Grafe*, à Berlin, on fut obligé de recourir à la ligature : ce qui prouve dit ce dernier, qu'il est des cas où ce moyen est insuf-

fisant. Je crois qu'il me conviendrait peu de juger un moyen encore si peu connu, et dont je ne saurais préjuger les résultats. Il me reste à parler des ligatures, qui sont presque universellement employées par les chirurgiens de cette époque, ce qui ne veut pas dire qu'ils soient d'accord sur la manière de les employer. En effet, c'est toujours dans la vue de les fermer pour le moment et leur donner le temps de s'oblitérer pour la suite, que les ligatures sont passées autour des vaisseaux. Mais que de modifications, que de différences dans la manière de s'en servir! Les uns embrassent dans le lien les parties molles en contact avec l'artère; les autres, au contraire, évitent d'y comprendre autre chose que l'artère ; ceux-ci emploient des ligagatures plates et grosses ; ceux-là, des liens fins et ronds ; et tandis que les premiers serrent avec circonspection le nœud de peur de couper le vaisseau, les seconds ne s'arrêtent qu'après que les tuniques internes ont été divisées; qui emploie le fil, qui la soie, le boyau ou le cuir. On coupe tantôt un des chefs de la ligature, tantôt tous les deux, etc. Nul doute que si le procédé de M. *Koch* recevait la sanction de l'expérience, il ne fût préférable à tous les autres. Qu'est-ce, en effet, que les ligatures? Des corps étrangers plus ou moins volumineux plongés au milieu de tissus qu'ils irritent par leur présence et surtout par leur manière d'agir en pressant et contondant. Ce dernier reproche n'en paraît pas un lorsqu'on pense que c'est de ce mode d'action qu'on attend la suspension définitive de l'hémorrhagie. Oui, sans doute, l'objection serait futile si l'on embrassait l'artère seule, chose assez facile pour les gros troncs, mais presque impossible lorsqu'on lie des vaisseaux peu volumineux; alors la veine, les nerfs satellites sont souvent étreints. Qui ne sait que la phlébite et le tétanos moissonnent un grand nombre d'amputés, et que la pression, la ligature d'un nerf, d'une veine peuvent produire ces affections? Ainsi par les ligatures on rend compliquée une plaie simple et on donne accès à des maladies contre lesquelles le praticien est très-souvent impuissant. Malgré ces désavantages, c'est le seul moyen qu'on puisse employer rationnellement dans l'état actuel de la science. D'après ce que

je viens d'en dire on a pu pressentir quel serait mon avis sur les ligatures. J'ose croire que leurs inconvéniens seront bien moindres si leur volume est peu considérable, si elles n'embrassent que l'artère, et que par une pression qui en coupe les tuniques internes on rende leur séjour moins long, ou bien leur élimination inutile en les faisant d'une matière facile à absorber.

Tout le monde est à peu près d'accord sur ce point, qu'il ne faut recourir à la ligature médiate que lorsque, retirée dans les chairs, l'artère ne peut être attirée au-dehors pour être liée seule. Les expériences de *Jones*, répétées par *Béclard*, et confirmées par l'expérience de la plupart des praticiens d'Angleterre, répondent, ce me semble, victorieusement aux objections qu'on pourrait faire à l'exiguité des ligatures et à leur constriction. *Scarpa*, le partisan le plus décidé de l'aplatissement des vaisseaux, ne put pas se dissimuler les graves inconvéniens de cette méthode, dans l'idée, juste sans doute, que la présence de la ligature était la cause de l'ulcération des vaisseaux, il la retirait le troisième jour. Mais l'ulcération à éviter n'est qu'une des conditions du problème; il faut encore que l'hémorrhagie soit pour toujours suspendue par l'oblitération du vaisseau. Or, voici ce que le savant *Béclard* oppose à cette méthode : si on enlève la ligature avant que l'oblitération soit complète, le vaisseau reste perméable au sang, et l'ulcération n'a pas lieu; si, au contraire, on enlève le fil après qu'il a déterminé l'oblitération complète de l'artère, là où il était appliqué l'ulcération commencée n'en continue pas moins. Est-ce bien seulement à la présence du nœud, ou à sa présence et à son mode d'agir que l'ulcération est due? Cette dernière opinion me paraît la plus probable. Une ligature large et plate ne saurait s'appliquer uniformément autour du vaisseau qui sera froncé irrégulièrement si on la serre peu, et dont les tuniques internes seront déchirées d'une manière inégale, peut-être incomplète, si on la serre assez fort. Si on compte sur un aplatissement uniforme et un contact parfait, on ne doit pas oublier que rien n'est moins prouvé que la possibilité de l'inflammation adhésive pour la membrane in-

terne du système artériel, et que le caillot est alors le seul obstacle à l'effort du sang, ce qui, certes, ne saurait rassurer le chirurgien. Les ligatures minces, au contraire, embrassant une petite étendue du vaisseau, pourront s'en détacher plus facilement, y causer rarement l'ulcération; coupant d'ailleurs exactement les tuniques internes, sans les contondre, elles les placent dans la meilleure condition pour fournir cette exsudation plastique, si importante d'après *Jones;* en outre, elles mettent en contact la tunique celluleuse, dont l'adhésion est des plus manifestes. La matière dont les ligatures doivent être faites et la manière de les disposer trouveront mieux leur place plus loin. Les veines fournissent aussi du sang dans les amputations, mais il ne s'en écoule qu'en bavant, et l'hémorrhagie veineuse a ordinairement cessé avant qu'on ait terminé la recherche et la ligature des artères ouvertes. Quand cela n'a pas lieu, il suffit souvent de faire respirer largement le malade pour qu'elle s'arrête; si, malgré ce moyen, le contact de l'air, l'aspersion d'eau froide, etc., le sang coulait encore, il faudrait lier la veine, surtout si le sujet est très-faible. Quelques praticiens conseillent d'embrasser dans la même anse la veine et l'artère; mais la chance de la production de la phlébite est déjà un assez grave inconvénient sans y joindre celui de la ligature médiate de l'artère.

La plaie, en outre, fournit par toute sa surface un suintement sanguin provenant et des capillaires artériels et veineux, et de la trame même des organes; où, comme *Dollinger* l'a vu, les globules du sang libres sont mus par une force propre. Quoi qu'il en soit, rien n'est moins dangereux que cette hémorrhagie : dans les cas ordinaires, et sans complication, elle s'arrête d'elle-même par le spasme que produit sur la plaie le contact de l'air, des instrumens, etc.; le chirurgien ne doit donc pas s'en occuper. Telle me semble devoir être la conduite de l'opérateur pour satisfaire à la première indication : arrêter l'hémorrhagie. Ce phénomène n'est pas constant dans les amputations; ainsi lorsque l'opération est faite sur les limites des parties sphacélées, la nature a pourvu aux moyens hémostatiques, et le sang

ne paraît pas. Un accident plus fréquent est la cessation spontanée de l'hémorrhagie, contre laquelle l'opérateur ne saurait trop se tenir en garde. Tout le monde sait que le sang reparaît quelquefois, ou peu d'instans après l'opération, ou plusieurs jours après. Dans le premier cas, c'est à une syncope, à la contraction spasmodique des orifices vasculaires, etc., que la suspension momentanée de l'hémorrhagie est due; on prévient cet inconvénient en stimulant l'opéré, en bassinant la plaie avec de l'eau tiède, etc. Quelques praticiens ne procèdent au pansement que quelques heures après l'opération, et se mettent ainsi en mesure d'y remédier. Je ne parle pas de l'hémorrhagie *par expression*, que produit un bandage trop serré, qui s'évanouit dès que l'appareil est levé. L'époque à laquelle l'hémorrhagie consécutive peut encore reparaître se rapporte au temps où les ligatures ont divisé les vaisseaux. C'est ici le lieu de rappeler ce que j'ai dit plus haut de l'effet des ligatures sur les artères. Faut-il dans ces circonstances, à l'exemple de *J.-L. Petit*, exercer la compression? On éviterait ainsi de remettre en contact avec l'air des surfaces enflammées, en partie réunies, de faire des recherches douloureuses pour le malade, difficiles pour le chirurgien, de porter un nouveau lien sur une artère dont les tuniques, peut-être ossifiées, désorganisées, sont au moins rendues friables par l'inflammation; de retarder le travail de la cicatrisation, de produire un nouveau traumatisme, etc. Mais de grandes autorités chirurgicales ont donné la préférence à la ligature de l'artère principale du membre loin de la plaie, pratique qui a tous les avantages de la compression sans en avoir les inconvéniens.

La cicatrisation des plaies est l'œuvre de l'organisme; le chirurgien ne peut qu'en seconder les efforts. Cette vérité était proclamée avec candeur par *A. Paré*, quand il disait à ses malades : Je t'ai pansé, que Dieu te guérisse. Cependant ce rôle, encore si beau, les praticiens l'ont compris de diverses manières; de là différens procédés dont je vais m'occuper. Deux méthodes sont mises en usage pour parvenir à cicatriser les plaies qui résultent des amputations. La pre-

mière, imitant la nature, qui ne répare les pertes de substance qu'après que la plaie a suppuré, consiste à interposer de la charpie, de l'agaric, ou tout autre corps étranger entre les lèvres de la plaie, par-dessus lesquels on rapproche les bords de la solution de continuité; ou bien encore, on panse à plat les surfaces nouvelles, qu'on réunit lorsqu'elles sont en pleines suppuration et couvertes de bourgeons charnus. Dans la seconde méthode, on met en contact, aussi exactement que possible, les lèvres de la plaie dont on tente l'agglutination avant que la suppuration ne s'établisse au moins sur tous ses points. Ces diverses méthodes sont connues sous les noms de *réunion médiate* ou *secondaire* et de *réunion immédiate, primitive* ou *par première intention*. En parlant des avantages et des inconvéniens vrais ou faux de cette dernière, je me trouverai avoir dit implicitement les avantages ou les inconvéniens de la première. Les avantages de la réunion immédiate ne sont plus mis en question en Angleterre; aussi ne sera-ce pas dans ce pays que j'irai chercher des apologistes, on pourrait les accuser de prévention, j'en trouverai au sein de cette école, dont personne ne récusera l'autorité. M. *Roux*, dont je transcris les paroles, s'exprime ainsi en parlant des plaies faites par les amputations : « A-t-on tenté la réunion immédiate de la plaie, toutes « les parties divisées, à l'exception de la peau, n'étant en contact qu'avec « elles-mêmes, et se trouvant ainsi soustraites à toute cause nouvelle « d'irritation, celle-ci est aussi peu considérable qu'elle puisse être; « aussi les malades n'éprouvent-ils qu'une douleur fort légère dans la « plaie consécutivement à l'opération. L'engorgement inflammatoire « du moignon est, pour l'ordinaire, bien moins considérable que lors- « que la plaie a été remplie de charpie; et j'ai vu des cas dans les- « quels le moignon était à peine un peu moins souple que ne l'était le « membre avant l'opération. La suppuration est peu abondante; elle « le serait moins encore s'il était possible que la plaie ne fût pas tra- « versée par les ligatures. Qui pourrait douter que les malades sont « moins exposés à éprouver des accidens graves que lorsque la plaie « n'ayant pas été réunie, il survient dans le moignon une inflammation

« considérable, et que cette même plaie fournit pendant long-temps « une suppuration abondante?.... On croira sans peine que, même « dans les premiers temps de l'existence de la plaie, et à bien plus « forte raison, quand les pansemens ont été réitérés un certain nom- « bre de fois, ces pansemens sont très-simples, et peuvent être faits « sans que les malades ressentent presque aucune douleur.

« Par la réunion immédiate de la plaie après l'amputation d'un « membre, on hâte singulièrement la guérison. C'est là l'avantage « qu'ont eu principalement en vue tous ceux qui ont préconisé cette « méthode; c'est le plus évident en effet; c'est celui qu'on peut le moins « contester. » Plus loin, le même professeur démontre les bons résultats d'une cicatrice presque linéaire et de la bonne conformation du moignon qui résultent de cette méthode. De puissans adversaires s'élèvent cependant contre elle, et lui font des objections que je vais tâcher d'apprécier. Et d'abord, on lui reproche de ne pas atteindre son but, puisqu'on n'obtient jamais la réunion sans qu'il y ait de la suppuration, qui quelquefois forme des clapiers d'autant plus redoutables qu'ils sont enfermés par la cicatrice extérieure. L'objection est grave; mais est-ce bien à la réunion qu'elle s'adresse, ou à une pratique accessoire? M. *Roux* a fort bien vu le point de la difficulté, lorsqu'il dit que *la suppuration serait moins abondante, s'il était possible que la plaie ne fût pas traversée par les ligatures.* C'est à elles, c'est surtout à la conservation d'un de leurs chefs, et à leur entassement dans un des angles de la plaie, que je crois pouvoir attribuer ces suppurations si dangereuses. Ce n'est pas qu'en coupant les deux chefs d'une ligature fine on n'ait jamais de suppuration; ce n'est pas non plus qu'on ne voie quelquefois un nœud venir soulever la cicatrice, y former un abcès, lorsqu'on la croyait le mieux consolidée. Je dirai, au reste, ce que j'ai vu à la clinique de l'illustre professeur *Delpech*, un des plus brillans ornemens de l'École de Montpellier, qui emploie la réunion avec toute la sagacité de son beau talent. Ce professeur coupe les deux chefs de la ligature auprès du nœud, et je puis affirmer que, sur un grand nombre d'amputations principales, je

n'ai jamais vu survenir les grandes suppurations qu'on attribue à la réunion immédiate. Une seule fois, sur un maçon de Lunel, j'ai vu un nœud causer et entretenir un trajet fistuleux qui s'était manifesté quelques jours après sa sortie de l'hôpital. L'anse de fil fut éliminée peu de temps après sa rentrée, et rien n'entrava plus sa guérison. Le plus souvent on retrouve les ligatures mêlées à quelques gouttes de pus, en renouvelant le pansement, plusieurs ne reparaissent pas. J'ai à répondre à ceux qui trouveraient que mon observation même prouve que la cicatrice est rompue, et que du pus se forme dans les cas les plus heureux, que dans ceux que j'ai observés on avait employé des fils qui, bien qu'assez minces, l'étaient beaucoup moins que les liens employés par les Anglais; que la matière végétale dont ils étaient composés les rendait presque entièrement réfractaires à l'absorption. Ce qui me paraît confirmer mon jugement, c'est que M. *Jameson*, chirurgien à Baltimore, emploie depuis plusieurs années des ligatures en peau de daim, dont il coupe les deux chefs, et ne les voit plus reparaître. « Dans aucun cas, dit-il, on n'a eu motif pour supposer qu'elles aient retardé la cicatrisation de la plaie. » Bien que ses liens soient plats et peu serrés, et qu'il n'ait pas encore eu d'hémorrhagie consécutive, M. *Jameson* n'en reconnaît pas moins la justesse des reproches faits à la ligature plate végétale. Ces lanières de cuir me paraissent préférables à la soie, qui est trop torse pour se dissoudre, et à la corde de violon, qui, étant souvent formée de plusieurs boyaux mis bout à bout, en se gonflant par l'humidité n'ont pu se détordre et se détacher, comme M. *Crampton* en cite un exemple dans *the Lancet*. Quoi qu'il en soit, il est des circonstances où les chefs des ligatures ne sauraient être tenus en dehors de la plaie sans danger : l'observation a prouvé combien ils sont bons conducteurs de la pourriture d'hôpital.

L'hémorrhagie qui surviendrait peu d'instans après l'opération, et qui forcerait à rouvrir la plaie, ne peut être due qu'à la négligence des préceptes que j'ai rappelés plus haut : aussi n'est-ce pas sur cet

accident qu'insistent le plus les détracteurs de la réunion immédiate. L'hémorrhagie qui paraîtrait du huitième au dixième jour, époque à laquelle les lèvres de la plaie sont réunies, due à l'ulcération de l'artère, leur semble, et serait en effet une circonstance qui contr'indiquerait ce procédé; car, dit-on, il faut détruire la cicatrice pour lier le vaisseau ouvert et donner issue au sang épanché : encore un cas où la réunion immédiate est inculpée de ce qui est causé par la ligature, lorsqu'elle est grosse et plate surtout, à moins toutefois que les parois du vaisseau ne soient malades. Mais voyons la portée du reproche. J'ai détaillé plus haut les raisons qui s'opposent à ce qu'on porte un nouveau lien sur l'artère, fût-elle à la surface de la plaie non réunie. Quant au sang qu'il faudrait évacuer, je le crois en trop petite quantité pour s'opposer à la cicatrisation; jamais, que je sache, on n'a vu des anévrysmes diffus ou circonscrits causés par ces infiltrations sanguines; et, dans un cas de ce genre, la ligature ayant été faite dans l'espace inguinal, la plaie, abandonnée à elle-même, guérit très-promptement.

La compression douloureuse des chairs sur les vives arêtes des os sciés, qui produirait le tétanos, qu'on a imputé à la réunion immédiate, n'aura pas lieu si on a conservé, comme *Celse* le recommandait, assez de peau et de muscles pour recouvrir sans effort la plaie, et que le pansement soit fait avec douceur. Il me semble injuste d'attribuer à une méthode les mauvais effets qui proviennent de son application vicieuse. Je viens à d'autres objections moins graves. Quoi qu'on fasse, la réunion immédiate ne peut être obtenue dans quelques cas. Je ne connais pas de moyen de faire l'impossible; mais est-ce une raison pour ne pas l'essayer? Qu'arriverait-il de plus si on ne l'avait pas tentée? La réunion immédiate, bonne pour la cuisse, l'est moins pour le bras, et surtout pour la jambe, sur laquelle elle ne doit pas être faite. Cette assertion, fondée sur des faits anatomiques, ne me paraît au plus probante que pour l'amputation circulaire. D'un autre côté, je suis heureux de pouvoir étayer mon observation de celle d'une autorité que

je puisse opposer à l'auteur de cette objection. *Percy*, dans son rapport sur le mémoire de M. le professeur *Roux*, dit que sur quatre-vingt-douze amputations, dont trente-huit de cuisses, trente-trois de bras et vingt-une de jambes, toutes réunies par première intention, *ces dernières guérirent presque aussitôt que les autres.* Ces faits pratiques parlent trop haut pour que je puisse y rien ajouter. Est-ce à dire que la réunion primitive doive être toujours tentée, qu'elle soit toujours sans inconvénient? Non, certes; employée mal à propos, elle mérite tous les reproches qu'on lui a faits, et que j'ai combattus plus haut. On ne saurait espérer de voir se réunir par première intention une plaie dont la suppuration, la gangrène ou une autre altération est le siége; ni même lorsque l'inflammation, la contusion, etc., des chairs font présager une désorganisation inévitable et prochaine. Si des corps étrangers, surtout s'ils sont volumineux et réfractaires à l'absorption, doivent être laissés dans la plaie, la réunion immédiate ne doit pas être tentée. J'ai vu des praticiens instruits ne pas réunir, par cela seulement que les ligatures, dont ils conservaient un des chefs, étaient trop nombreuses.

Je devrais m'occuper maintenant, pour compléter mon sujet, des accidens qui empêchent, retardent ou détruisent le travail de la cicatrisation. Mais, outre que je dépasserais alors le but que je me suis proposé, je serais entraîné à traiter de maladies qui à elles seules forment des genres indépendans dans la science; telles sont la gangrène, la pourriture d'hôpital, le cancer, etc., qui s'empareraient du moignon. Les suppurations plus ou moins abondantes qui retardent la cicatrisation ayant leur cause dans la persistance des ligatures, l'exfoliation de quelque tendon, la névrose de l'os, il me faudrait revenir sur les ligatures médiates et la réunion secondaire, qui me semblent devoir être accusées de ces complications. Les pansemens ayant une grande influence sur le travail de la cicatrisation, j'aurais à apprécier les effets de chacun d'eux; ce parallèle est en dehors de mon plan. Je me renfermerai dans les conclusions que j'en aurais tirées. J'ai dit

plus haut mon opinion sur le pansement dans la méthode de la réunion secondaire. La bande d'*Alanson* me paraît trop négligée ; je la crois un puissant auxiliaire des bandelettes : celles-ci suffisent le plus souvent ; mais leur emploi n'exclut pas les sutures, qui, si j'ai bien observé, sont toujours utiles, rarement nuisibles, quelquefois indispensables dans des amputations à lambeaux. La levée du premier appareil ne devrait être faite, à mon avis, que le plus tard possible, comme le pratique M. *Koch*, à moins de complications. La mauvaise odeur qu'exhale l'appareil, effet désagréable de la réunion secondaire, rare si la plaie se réunit primitivement, ne doit pas faire hâter le premier pansement, je préférerais, dans ce cas, arroser l'appareil de chlorure de soude, et attendre que des adhérences plus fortes, une inflammation moindre permissent de faire sans inconvénient et sans douleur ce pansement, si pénible en général. Je me hâte d'avouer, en terminant, que mon travail est très-incomplet ; mais on songera que je n'ai pas promis un traité sur la matière, mais un simple coup-d'œil. Puisse-t-il paraître juste (1) !

---

(1) Ce travail avait déjà passé sous les yeux de mon président, lorsque j'ai eu connaissance des expériences et des communications de MM. *Amussat*, *Thierry* et *Velpeau* sur la torsion des artères. Je n'ai pu m'occuper de ces travaux importans, qui méritent le plus grand intérêt.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quæ medicamenta non sanant, ferrum sanat.... *Sect.* 7, *aph.* 88.

II.

Molles tumores boni; at crudi, mali. *Sect.* 5, *aph.* 67.

III.

Tabe detento succedens alvi profluvium, lethale. *Ibid.*, *aph.* 14.

IV.

Sanguine multo effuso, convulsio, aut singultus, superveniens, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

V.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Ibid.*, *aph.* 2.

RÉFLEXIONS

N° 179.

SUR

L'INFLAMMATION DES ARTÈRES,

ET PARTICULIÈREMENT DE L'AORTE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 13 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR CHARLES-ARMAND DELAHAYE, d'Exmes,

Département de l'Orne.

Felix qui potuit rerum cognoscere causas !
VIRG., *Georg.*, liv. 2.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur*.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant*.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Président*. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL, *Examinateur*. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Suppléant*.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur*.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier, *Examinateur*.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Parens chéris, recevez en ce jour la dédicace du premier fruit de mes travaux. Je ne prétends point m'acquitter par là de tous les sacrifices que vous avez faits pour moi; je vous l'offre seulement comme une marque de ma vive reconnaissance et de ma respectueuse amitié.

A MON FRÈRE,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

C.-A. DELAHAYE.

INTRODUCTION.

Grace au zèle infatigable des médecins de notre époque, l'anatomie pathologique éclaire de son flambeau une foule de maladies naguère inconnues. Liée aux troubles fonctionnels, elle place la médecine au nombre des sciences positives. En un mot, il n'est point de véritable médecine sans anatomie pathologique. Privés de son appui, on marche à tâtons et en chancelant dans la carrière médicale; un empirisme aveugle ou des systèmes imaginaires guident le médecin et l'égarent presque toujours.

Malheureusement nous sommes bien loin encore de reconnaître la cause organique de tous les phénomènes morbides! Pouvons-nous même espérer de parvenir jamais à ce but? Bien plus, il faut l'avouer, combien n'est-il pas à craindre que ces armes, qui devaient être pour nous un moyen de salut, ne soient tournées contre nous-mêmes; que l'anatomie pathologique, loin de rendre certaine la science de la médecine, ne serve dans plusieurs cas qu'à propager l'erreur? Certes, jamais étude n'exigea ni plus d'ardeur ni plus de patience; et sans parler du dégoût qu'elles entraînent, jamais recherches ne furent plus minutieuses. Aussi ne doit-on se prononcer qu'après un examen mûr, attentif, et un grand nombre de faits. Et pourtant, aujourd'hui, une légère rougeur sur un point d'une membrane quelconque:

une ecchymose, une lésion organique imperceptible, souvent équivoque, suffit dans quelques cas pour expliquer la nature d'une maladie et la cause de la mort. Mais l'explication de ces lésions n'est-elle pas souvent le résultat de spéculations théoriques ou d'une illusion de l'esprit plutôt que le fruit d'une expérience certaine ? Au reste, l'erreur ne peut triompher long-temps. La majeure partie des médecins de notre école font une étude spéciale de l'anatomie pathologique : à des connaissances vastes et profondes ils joignent un désir pur et ardent de la vérité.

Parmi les affections qui réclament le plus impérieusement et leurs travaux et leurs lumières, je citerai l'inflammation des artères, et particulièrement de l'aorte, à laquelle les médecins ont fait jouer un rôle si important dans ces derniers temps.

Le but que je me propose est de m'efforcer de démontrer que les médecins qui accordent à l'aortite une si grande fréquence sont tombés probablement dans l'erreur, en prenant pour le résultat d'un travail inflammatoire ce qui n'était que celui de l'imbibition cadavérique.

J'ai la conscience de ma faiblesse, et je n'en sens que mieux la difficulté de ma tâche. Mais, en compensation, je connais l'indulgence de mes juges.

RÉFLEXIONS

SUR

L'INFLAMMATION DES ARTÈRES,

ET PARTICULIÈREMENT DE L'AORTE.

L'ARTÉRITE consiste dans l'inflammation des artères. Mon intention n'est de parler ici que de l'inflammation des gros vaisseaux, et particulièrement de l'aorte (aortite).

Voilà à peu près ce qu'ont écrit sur cette affection le petit nombre des auteurs qui s'en sont occupés.

L'inflammation peut affecter isolément les trois membranes dont l'aorte est composée et le tissu cellulaire qui les unit. Cependant ce dernier cas est extrêmement rare. Elle se borne presque toujours à la tunique interne.

Elle paraît se développer plus souvent chez les adultes et les vieillards; presque jamais chez les individus d'une constitution scrophuleuse tranchée. Elle est plus commune chez les hommes que chez les femmes. A l'état chronique, elle paraît plus fréquente chez les goutteux et les scorbutiques.

Causes. Les causes de l'inflammation de la membrane interne de l'aorte et de tout le système vasculaire en général sont nombreuses. On

compte parmi elles les violences extérieures, les chutes, les contusions, les exercices violens, les fréquentes passions morales vives, enfin toutes les causes susceptibles d'activer le mouvement circulatoire.

On doit encore y joindre la suppression de la transpiration, d'un flux habituel, d'un exutoire, etc. ; l'usage des alimens excitans, l'abus des boissons spiritueuses, froides ou acides.

On l'observe principalement dans le cours des maladies aiguës les plus vives de la peau, telles que la scarlatine, la rougeole, la variole ; dans les phlegmasies des membranes séreuses, le rhumatisme articulaire aigu, et surtout dans les gastro-entérites intenses et les fièvres adynamiques. Mais on ne l'a jamais vue plus fréquemment que lorsqu'il existait en même temps une hypertrophie du ventricule gauche. (Les auteurs pensent que la violence avec laquelle le cœur lance le sang dans l'aorte peut être regardée comme la cause de l'aortite.)

Enfin *Franck*, *Pinel* pensaient que la fièvre inflammatoire dépendait de l'inflammation des artères. M. *Bouillaud* a aussi adopté cette opinion.

Symptômes.

Il n'est pas facile d'exposer les signes physiologiques de l'aortite; ils ne sont encore qu'imparfaitement connus. La situation de ce vaisseau la dérobe à tout moyen d'exploration. D'ailleurs, cette affection est presque toujours accompagnée de complications qui masquent plus ou moins les caractères qui lui sont propres. Les auteurs regardent comme le seul symptôme bien manifeste la violence des battemens de l'aorte. En appliquant la main ou mieux le stéthoscope sur l'échancrure du sternum ou sur l'abdomen, on sent les pulsations de l'artère dans toute leur intensité. C'est l'unique moyen de parvenir à la connaissance de cette maladie. Des battemens semblables ont souvent lieu dans les grosses branches du tronc artériel, phénomène qui indique que l'inflammation de l'aorte coïncide avec la phlegmasie des autres artères.

Quant aux autres symptômes, ils sont moins constans et tout à

fait secondaires : telles sont une douleur plus ou moins vive, une sensation de chaleur dans la région de l'aorte, l'anxiété et les défaillances, etc.

Rassemblant tous les phénomènes observés chez les sujets qui après leur mort ont présenté des traces d'inflammation du système artériel, *Franck* désigne comme signes de cette phlegmasie les symptômes suivans :

Chaleur de tout le corps, rougeur et démangeaison de la peau, douleur des membres et de la tête, face animée, oreilles d'un rouge vif, langue sèche, soif inextinguible, gêne de la déglutition, sentiment de chaleur derrière le sternum ou au-dessus de lui dans l'espace triangulaire, sentiment d'un fer incandescent qui, passant dans l'aorte, serait porté jusque dans les artères crurales; le vertige, quelquefois l'embarras de la pensée, la vue de tous les objets comme colorés en vert, la tendance à l'évanouissement, surtout dans les mouvemens imprimés au corps et la station droite; la vibration des carotides, l'oscillation des artères de tout le corps, un pouls dur, comme le serait une corde métallique, vibrant, très-fréquent, parfois redoublé; la distension des veines sous-cutanées, la gêne de la respiration, l'agitation du corps, l'anxiété, la rareté de l'urine, qui est rouge, comme sanguinolente, jumenteuse et comme purulente; parfois des palpitations de cœur, la toux, le vomissement, la diarrhée, et enfin les soubresauts des tendons. (*Boisseau.*)

On voit que tous ces symptômes appartiennent à l'inflammation de tous les organes.

Durée et terminaison.

La durée de l'aortite est illimitée.

Sa terminaison est souvent annoncée par un phénomène critique : tantôt c'est une hémorrhagie externe, tantôt un flux d'urine à sédiment puriforme; quelquefois ce sont des sueurs abondantes ou bien des selles liquides fréquentes; autrement il se développe une phleg-

masie dans un viscère quelconque ou dans un point de la surface du corps.

D'autres fois enfin la maladie passe à l'état chronique.

Prognostic.

On assure que le prognostic de l'aortite pure et simple n'est pas fâcheux par lui-même; mais on doit redouter les ulcérations ou l'anévrysme, accidens qu'elle entraîne souvent à sa suite. La perforation des parois de cette artère cause une mort inopinée. Quand elle est accompagnée de phlegmasie des principaux viscères, de fièvre dite *essentielle*, c'est sur les symptômes de ces dernières maladies que le prognostic doit être fondé.

M. *Broussais* dit, dans ses Commentaires, que la phlegmasie de la membrane interne des artères peut exister sans être accompagnée d'une phlegmasie viscérale, mais qu'alors elle n'occasionne pas d'état fébrile aigu.

Traitement.

Nul doute que le traitement de l'aortite ne doive être celui de toutes les phlegmasies en général. Les saignées abondantes, locales ou générales; la diète, les boissons délayantes, rafraîchissantes et adoucissantes doivent être mises en usage. Il est de toute nécessité d'imposer sévèrement au malade un repos absolu, puisque les mouvemens, l'exercice, les efforts sont regardés comme une cause d'irritation pour l'aorte. La digitale pourprée, sous quelque forme que ce soit, a surtout été préconisée comme calmant du système sanguin. On en augmente graduellement la dose. (Je ne sais pourtant si l'on doit avoir beaucoup de confiance en ce médicament, car des expériences nouvelles tendent à prouver que c'est au contraire un stimulant très-actif.

Si l'aortite paraissait due à quelque cause spécifique, il est évident que ce serait contre cette cause qu'il faudrait particulièrement agir.

Je dois faire observer ici que le mercure, selon plusieurs médecins, est capable de donner lieu à la phlegmasie du système vasculaire. Si cette affection avait été produite par un principe vénérien, l'administration de ce médicament exigerait alors nécessairement une grande prudence.

Enfin, l'aortite étant rarement idiopathique, mais plus souvent sympathique, c'est sur la maladie principale qu'on doit diriger le traitement.

Caractères fournis par l'anatomie pathologique.

Rougeur. La rougeur de la membrane de l'aorte offre un grand nombre de nuances : ainsi elle est tantôt d'une couleur rosée, écarlate ; tantôt d'un rouge ponceau, d'un rouge violet, et d'autres fois d'un rouge presque noir ; quelquefois enfin elle présente une teinte jaunâtre. Cette rougeur peut être générale, et se montrer à la fois dans l'aorte et ses divisions, le cœur, l'artère pulmonaire et ses ramifications, les veines-caves ou pulmonaires, ou bien ne siéger que sur une ou quelques-unes de ces parties. Elle se présente sous la forme de plaques arrondies, circonscrites, ou bien de longues bandes séparées par des intervalles dans lesquels la membrane a conservé sa blancheur naturelle. On ne peut mieux comparer cette rougeur, selon M. *Bouillaud*, qu'à une forte teinture. Elle est plus foncée dans les cavités droites du cœur que dans les gauches. Ce savant observateur assure qu'elle affecte exclusivement la membrane interne ; car si l'on détache celle-ci, on trouve la membrane fibrineuse de la même couleur que dans l'état naturel. Il ajoute qu'il n'a jamais pu rencontrer de traces d'injection vasculaire à laquelle cette rougeur aurait été due. Cependant *Hodgson* affirme que dans les cas d'inflammation aiguë qu'il a observés, la membrane moyenne offrait un degré de vascularité contre-nature.

Mais l'inflammation des artères laisse ordinairement après elle d'autres traces de son existence. Dans le petit nombre d'exemples que les

auteurs citent touchant cette maladie, l'on y trouve du pus épanché, des fausses membranes, l'épaississement des tuniques, leur ramollissement, leur ulcération, leur perforation.

1°. *Formation de pus.*

Tantôt il se réunit en plusieurs petits foyers qui ont leur siége entre les membranes des artères, et les sépare ainsi les unes des autres dans un espace plus ou moins considérable. Un des cas observés par *Hogdson* (Maladies des artères et des veines, trad. par M. *Breschet*, t. 1, p. 6) était sans doute un exemple de l'infiltration purulente entre les membranes artérielles occasionnée par l'inflammation de l'aorte. « L'aorte, dit-il, était d'une couleur écarlate foncée; le médiastin postérieur était rempli de sérosité, et un peu au-dessus des valvules semi-lunaires, le tissu cellulaire qui unit entre elles les membranes de l'aorte était distendu par de la lymphe. » Mais cet auteur ne rapporte ni les symptômes de la maladie, ni les autres détails cadavériques.

Mais ce n'est pas le mode ordinaire de suppuration. On pense généralement qu'il a lieu par l'exhalation d'une sérosité plus ou moins concrescible à l'intérieur des vaisseaux; si la sérosité est fort peu concrescible, elle se mêlera au sérum du sang.

2°. *Fausses membranes.*

Lorsque la sérosité exhalée est au contraire très-concrescible, on trouve la membrane des artères tapissée par de très-petits lambeaux albumineux jaunâtres, ou bien par une fausse membrane plus ou moins épaisse. Dans l'ouvrage déjà cité de *Hodgson*, on en trouve un exemple qui lui a été communiqué. « Tous les viscères thoraciques portaient des traces de l'inflammation la plus aiguë, la plus violente, et cette inflammation s'était également étendue à l'aorte, dont la membrane interne offrait une couleur rouge foncé avec un épanchement

lymphatique très-considérable dans la cavité. La lymphe épanchée était unie d'une manière intime à la membrane interne du vaisseau, et une partie était passée dans l'artère sous-clavière, qu'elle oblitérait tout entière. »

Hodgson dit avoir lui-même observé trois fois un pareil épanchement lymphatique, mais moins considérable que celui-ci. Tantôt c'est une couche membraniforme molle, rougeâtre, adhérente à la surface interne de l'artère, et quelquefois même placée entre la tunique interne et moyenne; tantôt cette fausse membrane est plus consistante, d'un gris blanc jaunâtre, homogène, parfaitement analogue à celle qui se forme quelquefois dans la trachée, et occupe un espace d'un ou plusieurs pouces.

3°. *Épaississement et ramollissement.*

Les auteurs pensent que l'épaississement n'a que très-rarement lieu dans l'artérite générale : il faut que la phlegmasie soit très-intense et de quelque durée. M. *Bouillaud* dit ne l'avoir jamais rencontré. *Franck* et *Delaprade* en ont vu quelques exemples. M. *Portal* (Cours d'anat. méd.) a observé une violente inflammation des artères chez un homme qui mourut quelques jours après la répercussion de la rougeole : « L'aorte thoracique était très-rouge, tuméfiée et molle; la membrane interne près du diaphragme était particulièrement gonflée et ramollie. » Cet épaississement est loin, je crois, d'être aussi rare lorsque la phlegmasie est partielle. Je l'ai observé deux fois sur l'aorte dans une étendue assez considérable. J'ai également vu la tunique interne de l'artère crurale épaissie et ramollie dans deux cas de gangrène dite *sénile*

Dans les endroits où la rougeur est le plus marquée, la membrane offre un épaississement partiel plus considérable. La structure a subi une modification remarquable; elle est devenue si molle, que le frottement suffit pour la déchirer. Elle se décompose facilement en plusieurs petits feuillets; en détachant ces feuillets, on rompt de petits

filamens extrêmement ténus qui les unissent. Cette décomposition laminaire et les lamelles qu'on peut obtenir sont d'autant plus nombreuses que la membrane interne est plus épaissie.

4°. *Ulcération.*

Elle n'est pas très-rare, surtout à l'aorte : on en cite plusieurs exemples. *Hogdson* a vu un large ulcère situé immédiatement au-dessous des valvules semi-lunaires qui contenait une quantité considérable de pus. On rencontre rarement du pus, parce qu'il est emporté par le sang qui circule dans les vaisseaux à mesure qu'il est sécrété.

J'en ai vu il y a peu de temps un cas très-évident à la clinique de l'Hôtel-Dieu. L'individu portait un anévrysme de l'artère sous-clavière. M. *Dupuytren* fit la ligature avec toute l'habileté qui lui est connue.

A l'ouverture du corps l'on trouva, entre autres lésions, la membrane interne de l'aorte pectorale rouge, épaissie et couverte de petits fongus. La rougeur cessait brusquement au passage de l'aorte dans la cavité abdominale. A la partie supérieure de cette artère l'on apercevait plusieurs petits ulcères.

Ces ulcères sont petits, peu profonds, et bornés à la tunique interne, ou bien cette dernière membrane est détruite, et alors les ulcères sont larges, à bords épais, inégaux, et ont pour fond la moyenne ; quelquefois même celle-ci est perforée, et les ulcères parviennent jusqu'à la celluleuse, qui s'oppose seule à la perforation. Le fond de ces ulcères est ordinairement sale, sanieux ou noirâtre ; quelquefois le sang s'infiltre dans leurs bords et forme autour une auréole rouge.

5°. *Perforation.*

Elle n'a guère lieu qu'à l'aorte ; elle arrive quand les ulcères siégent sur la membrane celluleuse. Un effort violent, une cause quelconque qui accélère le mouvement circulatoire déterminent la rupture de

cette dernière tunique, et alors le sang s'épanche dans le péricarde, les bronches, le poumon, la plèvre, le péritoine, dans les viscères, le tissu cellulaire, selon le lieu où s'opère la solution de continuité. Quand cette hémorrhagie (ce qui arrive fréquemment) a lieu dans l'aorte ou un autre vaisseau considérable, et sur lequel on ne puisse pas agir, la mort en est nécessairement la suite.

Réflexions.

Les médecins sont loin d'être d'accord sur ce genre d'affection.

Les uns ont nié son existence ou du moins ont émis des doutes.

Les autres ont regardé l'aortite comme une des maladies les plus fréquentes, et lui ont fait jouer dans l'économie un rôle assez important. Je crois qu'entraînés par un esprit de système ils sont tombés dans des excès contraires.

Sans compter les observations rapportées par *Hogdson, Franck*, etc., il est peu de médecins qui, placés à la tête d'un hôpital, n'aient rencontré, soit des fausses membranes dans l'intérieur des artères, soit l'épaississement, le ramollissement de leur tunique interne, soit des ulcérations sur leurs parois, et surtout sur celles de l'aorte, etc.

La membrane interne de l'aorte peut s'enflammer; il y aurait plus que de la témérité, ce me semble, à nier l'existence de cette phlegmasie.

Mais est-ce bien là l'aortite telle que l'ont entendu de nos jours les partisans de cette affection? Non, sans doute; d'un côté les exemples sont rares, et la phlegmasie laisse des traces incontestables; de l'autre, ils sont d'une fréquence extrême, et une simple coloration de la membrane interne de l'artère est l'unique preuve de son existence. Je dis unique, car, que nous apprennent les symptômes? Comment porter un diagnostic d'après des caractères si obscurs, si insignifians même? D'ailleurs ils sont presque toujours masqués par ceux d'autres maladies concomitantes, et souvent ils n'existent pas. Cependant un médecin distingué cite deux exemples de guérison.

Il y aurait, je le répète, plus que de la témérité à nier l'existence de l'aortite ; mais je suis porté à croire qu'elle ne doit pas être aussi fréquente qu'on l'a prétendu dans ces derniers temps, 1°. parce que la membrane interne des artères me paraît avoir, par sa nature, peu de tendance à l'inflammation ; 2°. parce que sa coloration a été, ce me semble, une source féconde d'erreurs, que l'on a pris pour le résultat d'un travail inflammatoire ce qui n'était probablement que celui de l'imbibition cadavérique.

1°. *Structure des artères, et nature de leur membrane interne.*

Les auteurs ont eu des opinions extrêmement variées sur la structure des artères : ainsi *Boërhaave* admettait sept tuniques ; *Lancisi*, quatre, etc. C'est avec le tissu cellulaire, dit *Sénac* (Traité du cœur, tom. 2, pag. 595), que divers anatomistes ont fait diverses tuniques, et en ont plus ou moins augmenté le nombre. Aujourd'hui on reconnaît généralement aux artères trois membranes différentes, une externe ou cellulaire, une moyenne ou fibreuse, une autre interne, dont on ne connaît pas encore bien la structure intime.

L'externe se confond avec le tissu cellulaire voisin.

La moyenne, appelée *membrane propre des artères*, est formée de fibres transversales jaunâtres ou blanchâtres, qui représentent des espèces de cercles solidement unis entr'eux par des filamens obliques.

Quant à l'interne, elle est le prolongement de celle qui tapisse les ventricules du cœur. Elle est composée dans les grosses artères de deux feuillets, dont l'interne a été appelé, très-improprement sans doute, par *Haller* et *Mascagni*, *membrane nerveuse*.

Voilà ce que dit *Bichat* touchant cette tunique : « Isolée de la moyenne, elle en est distincte, 1°. par son extrême ténuité et par la transparence qui en résulte ; 2°. par sa couleur blanche, car elle ne paraît jaune que parce qu'elle est appliquée sur la précédente ; 3°. par le défaut absolu de fibres ; elle est lisse et à tissu uniforme comme les

membranes séreuses, ainsi qu'on peut s'en assurer en l'examinant à contre-jour. Au reste, elle en diffère par l'espèce de fragilité qui la caractérise. Elle se rompt et se déchire au moindre contact.» (*Bichat*, Anat. gén.) Cependant il avoue ignorer entièrement la nature de cette membrane; il n'a jamais pu parvenir, au moyen de ses expériences, à voir pénétrer des artériolles jusqu'à cette tunique.

Quoique la membrane interne artérielle diffère essentiellement de toute autre membrane du corps par son élasticité, sa ténuité extrême, par la facilité avec laquelle elle se déchire, et l'aspect onctueux de sa surface, quelques médecins ont cru reconnaître qu'elle avait sous un rapport une analogie frappante avec les membranes séreuses, savoir : une tendance à l'inflammation adhésive; aussi n'ont-ils pas balancé à la mettre au nombre de celles-ci. On ne peut, à la vérité, contester cette analogie; mais elle en diffère sous tant d'autres rapports, que cette opinion me paraît plus que hasardée.

Ceux qui nient l'existence de l'artérite soutiennent qu'elle n'est pas organisée, qu'elle est épidermique et produite par une exsudation interne; que c'est une véritable excrétion, comme l'épiderme, les cheveux, les ongles; car, disent-ils, s'il est prouvé qu'elle n'a ni nerfs, ni vaisseaux, on doit en conclure qu'elle n'est qu'une lame épidermique; or, il n'y a inflammation que là où il y a des vaisseaux capillaires. Puisque l'inflammation n'est que l'accumulation du sang dans les capillaires; il ne peut donc y avoir d'inflammation là où il n'existe pas des capillaires. Ils lui ont refusé même, loin de la considérer comme une membrane séreuse, la tendance à l'inflammation adhésive; car, disent-ils encore, quel est donc le mécanisme par lequel s'opère l'oblitération des artères à la suite des ligatures que l'on donne pour exemple de ce genre d'inflammation? Ne sait-on pas qu'en appliquant un fil autour d'une artère, et en le serrant même médiocrement, on coupe sur-le-champ les tuniques interne et moyenne, que la tunique cellulaire se trouve alors en contact avec elle-même, et que c'est l'adhésion de ce tissu cellulaire qui forme alors la cicatrice? On ne peut nier que ce phénomène n'arrive quelquefois, mais

il est loin d'être constant. C'est une vérité tellement incontestable, que je ne m'y arrêterai pas davantage.

Pour ce qui a rapport à l'absence de nerfs et de vaisseaux dans cette tunique, est-il bien certain qu'elle en soit entièrement dépourvue? Leur exiguité a dû nécessairement avoir échappé à la grossièreté de nos sens, car cette membrane est susceptible de s'enflammer. Nous en avons des exemples assez nombreux pour lever toute espèce de doutes; et je ne conçois point d'inflammation sur une lame épidermique.

Les tissus que l'inflammation envahit le plus souvent sont ceux-là mêmes qui sont pourvus d'une plus grande quantité de vaisseaux : ainsi les parenchymes, les membranes muqueuses, la peau, etc., sont les parties pour lesquelles les phlegmasies affectent une fâcheuse prédilection. Les tissus qui reçoivent, au contraire, le moins de rameaux vasculaires s'enflamment avec difficulté, et montrent rarement cette turgescence et cette rougeur, caractères des phlegmasies aiguës ; ainsi les os longs, les ligamens, les tendons, etc. Personne, que je sache, ne conteste l'évidence de ces propositions. Les considérations suivantes semblent excuser jusqu'à un certain point les médecins qui regardent la tunique interne des artères comme épidermique, et par cela même lui ont refusé toute suceptibilité inflammatoire ; elles prouvent qu'elle ne jouit que de peu de vitalité, et par conséquent qu'elle ne doit être pourvue que d'une très-petite quantité de vaisseaux et de nerfs.

Les auteurs de pathologie et ceux qui ont écrit sur l'anatomie générale ont indiqué la singulière prérogative qu'ont les vaisseaux et les nerfs de se conserver intacts au milieu des parties enflammées ou dégénérées. On a observé des érysipèles gangréneux et autres affections à peu près de ce genre mettre à nu les artères principales d'un membre, sans que leurs pulsations cessassent, comme il était facile de s'en assurer en jetant les yeux au fond de la plaie. On a trouvé à l'ouverture du cadavre ces vaisseaux sains, non fragiles, ne présentant aucune trace d'inflammation, pas même la plus simple

rougeur. M. le professeur *Boyer* cite un cas de ce genre. (Traité des maladies chirurgicales.) « L'artère brachiale était complètement dénudée à la suite d'un anthrax. Les battemens purent être observés pendant dix jours, après quoi les bourgeons charnus la dérobèrent à la vue. L'individu ne succomba pas. L'artère était-elle enflammée? Je ne le pense pas, ou il faut admettre que le sang continue de traverser les vaisseaux enflammés comme dans leur état normal. Cependant on est généralement d'accord que l'oblitération est un des phénomènes les plus constans et les plus réguliers de l'inflammation des artères, pour peu qu'elle soit intense. L'explication que quelques auteurs nous donnent relativement à l'inflammation de l'aorte n'est plus admissible dans ce cas. L'écartement des parois de ces vaisseaux du deuxième ou troisième ordre ne peut s'opposer à leur oblitération. Les expériences suivantes viennent à l'appui de ce qui précède. M. *Trousseau* a injecté dans les artères de l'alcohol à 36°, de l'acide acétique étendu d'eau, une solution concentrée d'ammoniac, etc., sans pouvoir déterminer la plus légère irritation vasculaire.

Coloration de la membrane interne des artères après la mort.

Quels sont donc les principaux caractères de cette rougeur que les auteurs regardent comme le résultat de l'inflammation?

La rougeur, plus ou moins éclatante ou obscure, quelquefois violette et même noire, est *plus foncée* dans les cavités *droites* que dans les gauches; elle est bornée *à la membrane interne.* Lorsqu'on la détache, la membrane sous-jacente se présente dans l'*état naturel;* cette rougeur est une *véritable teinture.* On ne voit jamais d'injection vasculaire, elle disparaît complètement par la *macération,* elle est générale ou partielle, elle n'est jamais accompagnée de *l'épaississement de la membrane.* Je le demande, cette description indique-t-elle bien les traces d'un travail inflammatoire?

Corvisart dit n'avoir jamais pu se rendre un compte satisfaisant touchant la nature et la cause de cette rougeur; elle lui a toujours

paru exister sans augmentation d'épaississement de cette membrane.

Hodgson pense que la couleur rouge-foncé que présente souvent la surface interne des artères à l'ouverture des cadavres ne dépend pas d'une inflammation; il donne pour raison que cette rougeur ne s'étend pas au-delà de la tunique interne, qu'elle n'est accompagnée d'aucun épanchement lymphatique ni de l'épaississement des vaisseaux.

MM. *Boutey* et *Trousseau* se sont attachés d'une manière toute spéciale à reconnaître la nature de cette rougeur. Ils croyaient que s'il s'était écoulé peu de temps entre l'instant de la mort et le moment choisi pour l'autopsie, l'on devait attribuer, dans la plupart des cas, cette rougeur à une phlegmasie; mais de nouvelles découvertes faites par ce dernier ont bien changé sa manière de voir à cet égard.

Il rapporte qu'une vache mourut à Alfort d'une maladie que l'on appelait anciennement *sang de rate*, et que plus récemment l'on a désignée sous le nom d'*apoplexie abdominale*, et même de *gastro-entérite*. Les animaux atteints de *sang de rate* périssent souvent en quelques heures, et à l'autopsie l'on trouve les viscères abdominaux gorgés de sang. Le sang contenu dans les vaisseaux est ordinairement plus foncé en couleur, plus homogène et plus liquide que dans les autres maladies. Quoique le cadavre de cette vache ne fût pas putréfié, cependant il trouva les vaisseaux sanguins fort colorés, et déjà il inclinait à penser que l'animal pouvait avoir succombé à une angiocardite aiguë, lorsque l'un de ses collaborateurs prit sur un cadavre de cheval sain un morceau de l'aorte pectorale, et le mit en contact avec le parenchyme de la rate déchirée; mais quel fut leur étonnement lorsque cette artère se trouva colorée en beau rose, et que le lavage sous un robinet de fontaine ne put enlever cette coloration. Il fut alors manifeste que la teinte des vaisseaux pouvait reconnaître une autre cause que l'inflammation. Cette découverte conduisit M. *Trousseau* à multiplier ses expériences. Je me contenterai d'en citer encore une. Il prit sur un cheval sain plusieurs livres de sang qu'il empêcha de se coaguler; il y plongea un grand nombre d'artères. Dès que le sang commença à noircir, même avant que d'exhaler de l'odeur, c'est-à-dire

environ trente-six heures après avoir été tiré de la veine, il vit les vaisseaux se colorer ; et il suffisait de plonger une artère pendant une heure dans le sang pour que la membrane interne contractât une coloration que le lavage ne pouvait enlever.

Cette opinion était aussi celle du savant *Laennec*. Il fit l'expérience suivante sur un sujet qui ne présentait encore aucun signe de décomposition, et dont l'aorte, enlevée en entier, était saine et blanche antérieurement : il remplit cette artère du sang du cadavre, et fit deux ligatures aux extrémités ; il renferma la pièce dans l'estomac du sujet, afin de la préserver du dessèchement et de la mettre dans les mêmes conditions que le reste de décomposition. Au bout de vingt-quatre heures il incisa l'aorte, dont la membrane offrait parfaitement la teinte écarlate. Cette teinte ne fut pas affaiblie par les lavages réitérés.

Ce profond observateur fait remarquer que, si les parois de l'artère sont fermes et élastiques, l'opération ne réussit que difficilement et à l'aide de beaucoup de temps (soixante-douze, quatre-vingts heures), et la teinture n'est jamais bien foncée. Si, au contraire, les parois de l'artère sont molles, souples, et pénétrées d'humidité, la teinture en pénètre promptement toute l'épaisseur. (*Laennec*, Mal. du cœur.)

M. *Velpeau* présenta un jour à un médecin distingué l'artère aorte, dont la membrane interne offrait une coloration très-marquée. Celui-ci, après un examen assez attentif, déclara que cette rougeur était le résultat d'une phlegmasie ; cependant il n'en était rien. M. *Velpeau* avait plongé dans un vase plein d'eau cette pièce anatomique, à laquelle étaient restés attachés le cœur et les poumons. Ces organes s'étant dégorgés du sang qu'ils contenaient, la tunique interne du vaisseau, de pâle qu'elle était d'abord, était devenue rouge, tandis que la portion qui était hors du vase avait conservé sa pâleur.

M. *Velpeau* a ouvert presque aussitôt après la mort un sujet sur la mort duquel il ne pouvait exister de doutes. Il trouva d'abord les ar-

tères pâle. Vingt-quatre heures après elles se colorèrent, et le lavage ne put faire disparaître la coloration. (Leç. orales.)

J'ai répété moi-même quelques-unes de ces faciles expériences. J'ai souvent plongé des portions ou la totalité de l'aorte dans des vases pleins de sang. La membrane offrait, au bout de quelques heures, une couleur tantôt rose, tantôt d'un rouge plus ou moins vif. Si je laissais les fluides se putréfier, elle prenait une couleur violacée. Soumise aux lavages, elle perdait un peu de cette coloration, qui n'était jamais entièrement détruite. J'ai, pendant le cours de mes dissections, ouvert des cadavres trois ou quatre jours après la mort, et dont la membrane interne de l'aorte était d'un rouge livide qui ne disparaissait pas non plus par le lavage.

On peut, je pense, poser en thèse générale que la coloration de la tunique interne des vaisseaux reconnaît pour cause, dans la majeure partie des cas, certaines conditions dans lesquelles se trouve le sang. On voit, en effet, les colorations cadavériques s'effectuer alors avec une extrême rapidité. Mais comment apprécier ces conditions? Elles dépendent du temps écoulé depuis la mort, de la température et du genre de maladies.

1°. *État du sang.* La putréfaction du sang n'est pas d'une nécessité indispensable pour que les parois vasculaires se colorent avec rapidité. Il suffit qu'il soit dissous, noir, et peu abondant en sérum. Plus il contient de fibrine, plus il est jaunâtre, et moins la coloration est marquée; elle peut même ne pas exister. Plus, au contraire, il est analogue au sang veineux, et plus cette coloration est manifeste. N'est-ce pas à cette dernière considération que l'on doit rapporter la cause de la couleur plus foncée dans les cavités droites?

2°. *Temps écoulé depuis la mort, et température.* Plus il y a de temps écoulé depuis la mort, et plus les fluides sont décomposés, liquéfiés, putréfiés. Cette altération aura lieu d'autant plus vite que la température y sera plus favorable.

3°. *Genre de maladies.* Sans entrer ici dans les discussions des solidistes et des humoristes, que cette altération soit primitive ou consécutive, toujours est-il, et c'est un fait avoué par tous les médecins, que le sang des individus qui succombent à une fièvre putride, à une affection typhoïde, scorbutique, charbonneuse, pestilentielle, etc., est, à quelques exceptions près, noir, dissous, incoagulable, quelquefois même un peu fétide. On sait aussi que leurs cadavres se corrompent bien plus promptement que ceux des individus morts d'une autre maladie, par cette raison que le sang qui imbibe leurs tissus est déjà au moment de la mort dans un état de décomposition. Si donc un individu succombe à ce genre de maladie, et qu'on fasse l'autopsie quelque temps après la mort, trois heures, deux heures, une heure même, peut-on conclure, si l'on trouve de la rougeur sur quelques points du système artériel, qu'elle est le produit de l'inflammation? Je ne le crois pas. Bien plus, n'est-il pas probable, sinon certain, que cette altération du sang, intermédiaire, pour ainsi dire, à l'état physiologique et à la décomposition putride, altération analogue à celle que le sang subit à l'air libre avant que de passer à la putréfaction, ne soit compatible plus ou moins long-temps avec la vie, et qu'alors aussi cette coloration n'ait lieu plus ou moins long-temps avant la mort de l'individu? L'on ne pourra au moins disconvenir que, dans les derniers momens de l'agonie, le sang ne soit dans le même état où on le trouve après la mort. La vitalité des parois des artères, si faible dans l'état de santé, est alors tout à fait nulle. Est-il donc impossible de concevoir que ces parois se laissent traverser par le sang? Or, dans quelles maladies a-t-on principalement observé la rougeur des artères?

Presque tous les individus chez lesquels M. *Laennec* a trouvé l'aorte rouge avaient succombé après une agonie longue et accompagnée de suffocation. *Morgagni* cite aussi une observation de ce genre. (*De Sed. et caus. morb.*, epist. 26, n°. 36.) Il parle d'un homme qui mourut suffoqué au milieu d'une quinte de toux. Il était sujet à une légère or-

thopnée accompagnée de toux. A l'ouverture du cadavre on trouva tous les organes de la tête et de la poitrine sains, excepté l'aorte, qui était *colore ex atro-rubens, ut si quâdâm inflammatione esset affectâ.* Morgagni ne sait à quoi attribuer cette rougeur.

En examinant les observations assez nombreuses que MM. *Bertin* et *Bouillaud* apportent dans leur excellent ouvrage à l'appui de leur opinion touchant la nature inflammatoire de la rougeur artérielle, l'on est frappé de leur conformité avec celles de M. *Laennec.* Sur vingt-quatre observations, onze sont des fièvres continues graves, ou d'autres cas où il y avait altération putride manifeste des liquides, et où la putréfaction était anticipée. Les treize autres ont presque toutes été faites sur des phthisiques. Les auteurs se taisent dans ces dernières sur l'état du sang. Mais il font observer qu'en général la rougeur de la membrane interne du cœur et de l'aorte leur a paru coïnder avec une fluidité remarquable du sang. On peut noter encore que la plupart de ces ouvertures ont été faites en été et plus de trente heures après la mort.

Enfin tous les auteurs de pathologie s'accordent à dire que c'est particulièrement dans ce genre de maladies que l'on trouve la coloration de la membrane interne des artères; aussi plusieurs d'entr'eux n'ont-ils pas balancé à regarder cette rougeur comme cause de la mort chez les individus qui, ayant succombé à des fièvres graves, ne présentaient pas de lésions en rapport avec les symptômes. Ainsi l'on dit que *Gall* et *Chaussier* sont morts d'artérite.

Mais, disent les partisans de l'artérite, pourquoi telle partie est-elle rouge tandis que d'autres ne le sont pas? et surtout pourquoi trouve-t-on rouges les parties où il n'y a pas de sang?

On pourrait, je crois, répondre en faisant cette autre question : pourquoi trouve-t-on après la mort des taches sur la peau de ceux qui n'ont présenté aucune inflammation de ce tissu? En effet, après la mort, les fluides obéissent aux lois de la pesanteur, et se portent sur

les parties les plus déclives; et si à l'ouverture du cadavre, qui se fait en général après vingt-quatre heures, l'on ne trouve plus de caillots sur les parties mêmes de l'artère qui présentent de la rougeur, c'est que très-probablement le sang a été refoulé par les gaz du point où il avait fait un séjour plus ou moins long.

Différence entre la rougeur produite par l'inflammation de la coloration cadavérique.

On a fait des recherches nombreuses pour établir cette différence d'une manière positive; mais elles n'ont pas été couronnées d'un brillant succès. On sent que l'éclaircissement de ce point important trancherait le nœud de la difficulté.

Cependant on a vu dans la majeure partie des cas que, quoiqu'on rencontrât le plus fréquemment des fausses membranes et même du pus après un travail inflammatoire, l'artère contractait une rougeur souvent à peine sensible, encore cette teinte n'était-elle pas diffuse, mais inégale, pointillée, comme dans l'inflammation des autres membranes.

Il est encore une foule d'autres altérations de l'aorte que les auteurs regardent comme le produit de l'état inflammatoire aigu ou chronique, tels sont les points blancs ou jaunâtres rugueux et opaque, les lames fibreuses, fibro-cartilagineuses, cartilagineuses; les incrustations calcaires, les productions osseuses, granuleuses, squameuses, etc.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de résoudre cette question d'une manière absolue. Elles peuvent être quelquefois le produit de l'inflammation; mais il est probable qu'elles sont bien plus souvent des aberrations de nutrition, un véritable dépôt de phosphate calcaire, trop abondant chez les vieillards. Cette ossification est tellement fréquente, qu'on l'observe chez huit sujets sur dix au-delà de cinquante ans, et elle survient toujours d'un manière insensible.

CONCLUSIONS.

De toutes ces considérations, on peut, ce me semble, conclure :

1°. Que les artères s'enflamment difficilement;

2°. Que la rougeur de la membrane interne de l'aorte et des grosses artères n'est, dans la majeure partie des cas, que l'effet de l'imbibition cadavérique ;

3°. Que, pour cette raison, l'on doit se garder de croire trop légèrement à l'aortite ou à l'angio-cardite, auxquelles on a fait jouer dans ces derniers temps un rôle si important, et que l'on ne pourra affirmer d'une manière certaine que cette inflammation a existé, à moins que l'on ne trouve la membrane interne épaissie, ramollie, facile à casser, ou bien qu'elle ne soit le siége de quelques ulcérations ou du pus épanché, ou au moins qu'elle ne présente cette rougeur inégale et pointillée.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere ea quæ decent facientem, sed et ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Ad summos morbos, summæ curationes diligentissimè adhibitæ optimè valent. *Ibid.*, *aph.* 6.

III.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

V.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile: debilem verò, non facile. *Ibid.*, *aph.* 42.

N° 180.

ESSAI

SUR

LES COIFFURES,

CONSIDÉRÉES SOUS LE POINT DE VUE DE LEURS INFLUENCES,

1°. Sur la conservation de la chevelure, 2°. sur la santé, 3°. sur le libre exercice des facultés intellectuelles;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 13 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ALEXANDRE PRÉCY, de Chassy;

Département de l'Yonne;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences; Élève de l'École pratique, et Élève successivement attaché à divers hôpitaux et hospices de Paris.

Ratione duce per totam vitam eundum est: minima maximaque ex hujus consilio gerenda sunt.

SENEC. 4., *Benef.*, c. 18.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MESSIEURS
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Président.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL, *Examinateur.* / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires,

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS	MESSIEURS
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Suppléant.*	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier, *Examinateur.*
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Recevez, ô les meilleurs des parens, ce faible gage de ma reconnaissance. Les sacrifices que vous avez faits pour moi, les soins affectueux que vous n'avez cessé de me prodiguer, seront éternellement gravés dans mon cœur.

A MONSIEUR SIMONNEAU,

Docteur-Chirurgien.

Témoignage de respect et de considération.

A. PRÉCY.

PRÉFACE.

Lorsque j'ai songé à choisir un sujet de thèse, je fus fort embarrassé : j'éprouvais la plus grande répugnance à en adopter un qui eût été déjà traité souvent ; je redoutais de me voir obligé à copier ce qui avait été avancé par d'autres avant moi ; je ne pouvais consentir à donner comme mien ce qui était le bien d'autrui. Je cherchais donc un sujet neuf, lorsque j'ai remarqué qu'aucun auteur n'avait, à ma connaissance, écrit sur les coiffures considérées sous le point de vue médical ; alors, ne croyant pas qu'une chose dont l'homme fait continuellement usage pendant le cours de sa vie fût indigne des méditations d'un médecin, j'ai pris la résolution d'exposer ce que je pense sur ces vêtemens. J'ai reconnu la difficulté qu'il y aurait à faire un traité complet sur cette matière ; aussi je n'ai pas la prétention d'avoir épuisé ce point d'hygiène. Pénétré de ma faiblesse, je me garde d'entreprendre au-dessus de mes forces ; et, si je n'ai

pas le bonheur d'être par mon travail utile à la société, j'ose au moins espérer que mes juges me sauront bon gré de n'avoir pas voulu solliciter encore leurs suffrages sur une proposition jugée déjà par eux un plus ou moins grand nombre de fois.

ESSAI

SUR

LES COIFFURES,

CONSIDÉRÉES SOUS LE POINT DE VUE DE LEURS INFLUENCES,

1°. Sur la conservation de la chevelure, 2°. sur la santé, 3°. sur le libre exercice des facultés intellectuelles.

Tous les corps de la nature influencent l'homme d'une manière plus ou moins sensible; le médecin ne doit jamais oublier cette vérité, qui doit lui inspirer quelle est la marche à suivre pour arriver à la connaissance des causes des maladies et des moyens curatifs qu'elles réclament. Mais l'homme est influencé plus fortement et d'une manière plus appréciable, en général, par les corps qui ont avec lui les rapports les plus immédiats. Le médecin doit donc surtout porter son attention sur les modifications que le corps humain peut éprouver par l'action des corps qui le touchent immédiatement; c'est le seul moyen qui puisse le conduire à reconnaître s'il doit conseiller de rapprocher ou d'éloigner ces corps, selon que leur manière d'agir sur

nous est utile ou nuisible. Nous sommes sans cesse en contact immédiat, soit par notre peau, soit par nos membranes muqueuses, soit par une infinité d'autres parties de notre être avec un très-grand nombre de substances étrangères différentes, dont les unes sont indispensables à notre existence, dont les autres la modifient avantageusement, tandis que d'autres enfin ont une action plus ou moins pernicieuse. Mon but n'est point de m'occuper de toutes ces substances en général, ni de traiter de chacune d'elles en particulier; mon intention est de me borner à émettre quelques idées sur l'influence des coiffures sur notre économie.

Il n'entre pas dans mon plan de décrire les formes variées qu'on a données aux coiffures chez les différens peuples et à des époques différentes; je veux me renfermer tout entier dans mon sujet, que je diviserai en quatre articles : 1°. influence des coiffures sur la conservation de la chevelure; 2°. influence des coiffures sur la santé; 3°. influence des coiffures sur le libre exercice des facultés intellectuelles; 4°. parallèle entre les avantages et les désavantages de la coiffure.

ARTICLE PREMIER.

Influence des coiffures sur la conservation de la chevelure.

Toutes les recherches que j'ai pu faire sur le sujet de cet article m'ont porté à croire qu'il n'avait encore été traité par personne; cependant je pense qu'il offre quelque intérêt, et que la médecine, dont le but est autant de conserver à l'homme tous les avantages qu'il doit à son organisation que de pourvoir aux besoins que causent les troubles de son économie, n'aurait pas dû dédaigner un point aussi important. La chevelure est utile, personne n'oserait le nier; les gens du monde eux-mêmes soutiendraient avec chaleur cette proposition; en effet, elle sert à parer notre tête, elle se prête admirablement aux caprices de la coquetterie; elle semble donner des grâces à l'enfance; elle ajoute des charmes aux charmes de la jeunesse; elle relève la

majesté de l'homme adulte; le vieillard lui-même doit à la blancheur de sa chevelure quelque chose du respect et de la vénération que chacun lui porte; ce témoignage de reconnaissance pour leur chevelure, de la part de ceux qui n'en connaissent que les moindres bienfaits, suffirait déjà pour engager le médecin à ne rien négliger pour conserver à ses cliens ce don précieux de la nature, auquel ils tiennent tant. Mais voyons si pour le philosophe, qui ne juge de l'utilité d'une chose que par ses avantages réels et non par ses bienfaits imaginaires; voyons, dis-je, s'il n'y a pas de raison plus forte, plus persuasive, plus entraînante qui puisse le convaincre de la nécessité de songer à conserver sa chevelure. La prolongation de la santé et de la vie, source première des jouissances et du bonheur, est l'objet des vœux les plus ardens des hommes; or, les choses les plus utiles à leurs yeux sont donc celles qui tendent à ce but : eh bien ! la chevelure joue un rôle véritablement protecteur à la surface de notre tête. On sait, en effet, que le tranchant le plus affilé ne peut diviser un certain nombre de poils réunis; à plus forte raison ne pourra-t-il pas intéresser les parties sous-jacentes. Personne n'ignore qu'un choc, même très-violent, est singulièrement atténué par la rencontre de ces petits corps déliés, souples et élastiques. Qui ne sait pas que l'air lui-même, en circulant à travers les poils, est en quelque sorte tamisé et dépouillé des molécules hétérogènes qu'il tient en suspension et qui pourraient nous nuire? Qui voudrait contester, après cela, que les cheveux défendent les parties qu'ils couvrent de l'influence nuisible des corps extérieurs? La chevelure n'est donc pas une chose indifférente.

Le cadre que je me suis tracé ne me permet pas de parler de tous les moyens qu'on a employés et qu'on emploie pour faire croître, pour faire épaissir, pour embellir la chevelure; voyons seulement comment les coiffures peuvent agir à cet égard.

Selon moi, il existe deux ordres de coiffures : le premier renferme celles qui, à cause de leur légèreté, de leur perméabilité à l'air, du peu de compression qu'elles exercent sur le cuir chevelu, n'ont point d'action appréciable sur la chevelure, tels sont, en général, les bon-

nets de femmes, les bonnets de tulle surtout et les filets, etc. Ces coiffures doivent être regardées seulement comme des ornemens, et ne jouent aucun rôle sur l'économie; je n'en parlerai pas davantage, tout ce que je dirai par la suite ne pourra s'entendre d'elles. Mais il est un autre ordre de coiffures qui, par leur poids, par leur tissu serré au point de ne pas permettre à l'air de les traverser, par l'inconductibilité de leur matière, par la pression plus ou moins grande qu'elles exercent au pourtour de la tête, doivent certainement n'être pas sans influence; voyons donc comment elles peuvent agir, et prenons le chapeau pour exemple : ce qui sera dit de lui pourra s'entendre en plus ou en moins de toutes les coiffures qui par leur poids, leur tissu, leur forme, etc., agissent d'une manière analogue. Le chapeau, 1°. par la position qu'il occupe, presse le cuir chevelu sur les os du crâne; les artères qui doivent alimenter toutes les parties qui recouvrent la tête perdent leur élasticité, diminuent de calibre, fournissent moins de sang que la nature l'exige; la nutrition se fait mal par défaut de matériaux, et les organes sécréteurs qui produisent les cheveux doivent nécessairement en souffrir; 2°. son poids ajoute encore à la pression qu'il exerce par la position qu'on lui a donnée; 3°. par son tissu imperméable à l'air et inconductible, il ne nuit pas moins; non-seulement l'air où nous sommes plongés ne peut plus exercer sur cette partie de notre être son influence utile, mais encore le produit de la transpiration insensible de la tête, ce produit infecte que notre organisation repousse comme nuisible, est retenu à la surface du cuir chevelu, qui est obligé de se soumettre à son action délétère; mais encore le calorique s'accumule entre la peau du crâne et les parois du chapeau, le peu d'air qui y est contenu se raréfie, et il s'établit là une véritable étuve (1).

Peut-on concevoir maintenant que tant de causes débilitantes provenant de l'usage de toutes les coiffures, qui peuvent avoir de l'analogie avec le chapeau dont on fait usage en France; peut-on concevoir,

(1) J'ai emprunté ce dernier membre de phrase à M. *Rostan*. (Cours Élémentaire d'hygiène.)

dis-je, que tant de causes débilitantes agissent presque sans cesse sur le cuir chevelu sans modifier sa manière d'être et de vivre, sans nuire à la production et même à la conservation des poils qui couvrent sa surface? Je ne le pense pas. Il me semble que les idées théoriques que je viens d'émettre sont de nature à dissiper tout espèce de doute à cet égard; cependant, comme toute théorie, quelque vraisemblable qu'elle paraisse, a besoin d'être étayée sur des faits pour passer pour vraie, voyons si les faits sont d'accord avec ma manière de voir. Quelles sont les personnes qui sont le plus tôt et le plus souvent chauves? Avant de répondre à cette question, je dois faire observer que je ne prétends pas conclure de ce que j'ai dit et de ce que je dirai par la suite, que les chapeaux ou les coiffures soient seuls causes de la chute des cheveux; je reconnais, au contraire, que cet accident fâcheux peut dépendre de causes très-variées; mais je pense que la plus générale, que celle qui répand ses effets nuisibles sur un plus grand nombre de personnes, c'est l'usage des coiffures pesantes, imperméables à l'air et qui compriment le cuir chevelu. En effet, les femmes, qui ne deviennent pas sitôt ni si souvent chauves que les hommes, ont aussi des coiffures plus légères, plus pénétrables à l'air, qui pressent moins le cuir chevelu; et celles d'entre elles encore qui vont en cheveux sont celles qui ont la chevelure la plus belle et la plus durable. J'ai connu des dames qui à l'âge de cinquante ans et plus avaient des cheveux de toute beauté, mais ces dames étaient toujours allées tête nue. Qui n'a pas remarqué que les valets de chambre, qui par respect restent sans cesse découverts, conservent leurs cheveux très-long-temps, très-épais et très-beaux? Qui n'a pas observé que les militaires, même très-jeunes, sont pour la plupart chauves? Eh bien! la perte de leur chevelure ne peut-elle pas être attribuée avec raison à leur coiffure, qui en général réunit même avec excès toutes les propriétés nuisibles que j'ai déjà signalées? Enfin je crois que chacun se rangera de mon avis sur la cause la plus générale de la calvitie, lorsque, se rappelant toutes les personnes qu'il a vues chauves, il se rappellera en même temps que toutes ou presque toutes ne l'étaient qu'à la partie

supérieure de la tête, la seule partie qui soit couverte par le chapeau et qui soit soumise à tous ces inconvéniens; lors surtout qu'il interrogera les personnes qui se couvrent beaucoup la tête pendant l'hiver et qui se la découvrent au printemps et en été, et que ces personnes lui répondront : *en hiver, nos cheveux tombent, et au printemps ils s'épaississent, témoignage irrécusable de la nocuité des coiffures, puisque sous leur influence les cheveux tombent alors qu'ils devraient s'épaissir.* Je puis encore citer ici à l'appui de mon opinion une observation qui m'est personnelle, et dont plusieurs de mes amis ont été témoins. Au mois de janvier 1828, pendant la convalescence d'une pneumonie dont j'avais été atteint, je vis avec peine presque tous mes cheveux tomber, et je songeai à trouver un moyen pour y remédier; mais dès mes premières méditations, je ne pus m'empêcher d'être surpris en remarquant que toutes les maladies un peu longues et graves étaient suivies de la perte de presque tous les cheveux de la partie supérieure de la tête, tandis que ceux du pourtour de la base du crâne, tandis que les favoris, que la barbe, que les poils de la poitrine, que ceux qui environnent les parties génitales n'étaient point du tout soumis au même sort; je m'appliquai dès-lors à rechercher quelle pouvait être la cause de cette spécialité, et je ne tardai pas beaucoup à remarquer que dans toutes les maladies on tient beaucoup à se couvrir la tête, que toutes les personnes qui environnent les malades les engagent à se soumettre à ce vieux préjugé dangereux, en général, que moi-même sans réflexion j'avais fait comme tout le monde fait et conseille de faire. Persuadé que telle était la cause de la chute de mes cheveux, je résolus de m'y soustraire, et malgré que j'eusse alors un coryza et une bronchite, je mis mon chapeau de côté, je m'allai promener tête nue au Jardin des Plantes et au soleil, la nuit même je ne mis pas de bonnet; et, qui le croirait? vingt-quatre heures après m'être soumis à l'influence de ces moyens, mes cheveux cessèrent de tomber; je continuai dans la suite, et ils s'épaissirent. Mon coryza et ma bronchite n'ont point été aggravés par cette manière d'agir. Je crois pouvoir conclure de tout ce qui précède, 1°. que de toutes

les causes qui peuvent nuire à la conservation et à l'accroissement des cheveux, la plus générale est l'action nuisible des coiffures sur le cuir chevelu; 2°. que si les cheveux poussent plus vite et plus épais lorsqu'ils ont été rasés, cela tient à ce qu'étant alors très-courts ils n'empêchent pas l'air de circuler librement à la surface de la tête, et de donner du ton au cuir chevelu, dont la vitalité a été en quelque sorte diminuée par des causes quelconques, et non pas à ce que (comme le dit *Greslier* dans sa dissertation inaugurable sur les cheveux) un tronçon qui reçoit la nourriture dont s'alimentait le poil entier doit augmenter dans toutes ses dimensions en proportion, comme si les cheveux étaient des corps vivans, ce qui est contesté aujourd'hui par tous les physiologistes; 3°. que, si l'on veut conserver sa chevelure dans toute sa beauté et avec tous ses avantages, il faut, autant que possible, aller tête nue.

ARTICLE II.

Influence des coiffures sur la santé.

Les coiffures peuvent avoir de l'influence sur la santé, 1°. par l'action spéciale et toute mécanique qu'elles exercent sur le cuir chevelu; 2°. par l'obstacle qu'elles mettent au renouvellement de l'air à la surface de la peau du crâne; 3°. en favorisant l'accumulation du calorique sur la tête; 4°. enfin, en retenant la vapeur résultant de la transpiration de cette partie. Cela fera autant de paragraphes, que je vais traiter successivement.

§ 1^er^. Par l'action spéciale et toute mécanique qu'elles exercent sur le cuir chevelu, certainement les coiffures modifient la vitalité de cette partie; ainsi, comme je l'ai fait remarquer dans l'article précédent, la circulation surtout est entravée par la compression plus ou moins considérable des vaisseaux; mais la circulation peut-elle être diminuée dans une partie sans que cette partie en souffre? Non, l'organe qui reçoit moins de sang doit être moins nourri; s'il est moins nourri, sa vie doit être moins active et par cela même moins susceptible de lutter contre les maladies. N'a-t-il pas été démontré dans l'ar-

ticle précédent que cette pression que les coiffures exercent autour de la tête est une des causes qui peuvent faire tomber les cheveux? Or, s'il est vrai que les cheveux sont des corps protecteurs qui s'opposent à l'action nuisible des corps extérieurs autant qu'à l'action dangereuse des changemens subits de température, il est vrai de dire aussi que leur absence nous prive de tous ces avantages, et est conséquemment une cause indirecte de maladie. Je ne doute nullement qu'un grand nombre des maladies du cuir chevelu doivent reconnaître, sinon pour unique cause, au moins pour une cause certaine et très-prochaine de leur production l'action mécanique des coiffures. Je ne doute pas non plus que si le cerveau est si souvent le siége d'une surexcitation, il le doit dans un grand nombre de circonstances à ce que le sang, qui est appelé vers la partie de la tête qui souffre et qu'il ne peut atteindre, se porte vers lui et y fait naître une congestion légère.

§ II. Par l'obstacle qu'elles mettent au renouvellement de l'air à la surface de la peau du crâne, les coiffures sont encore causes prédisposantes de maladies. En effet, personne, je pense, aujourd'hui, ne voudrait nier que l'air a sur nous une action bienfaisante et utile non-seulement en fournissant à la respiration l'élément nécessaire à l'hématose, mais encore en agissant d'une manière générale sur toute la surface extérieure de notre corps, qu'elle excite, qu'elle tonifie en quelque sorte. Personne n'oserait nier que l'air est le milieu dans lequel nous devons vivre, que la nature nous y a plongés, parce qu'elle voulait que nous fussions sans cesse soumis à son action stimulante. Je ne crois donc pas que nous puissions sans dommages nous soustraire à son influence et même en priver quelqu'une de nos parties; je dirai plus, il est nécessaire, indispensable pour que nous parvenions à jouir d'une santé aussi vigoureuse que possible, que cet air, qui doit tonifier notre peau, se renouvelle sans cesse à sa surface; car à mesure qu'il y demeure il perd de ses propriétés, et la couche la plus voisine a besoin d'être remplacée par une nouvelle couche.

En effet, à la campagne, où, toutes choses égales d'ailleurs, l'air est plus libre, plus pur, circule plus facilement, on se porte beaucoup mieux, toutes les fonctions s'exécutent avec la plus grande facilité, la vie devient plus active, les forces augmentent, la santé devient florissante. Or, les coiffures s'opposent à la circulation libre de l'air à la surface de la tête, donc elles la privent de son action bienfaisante, donc elles contribuent à y diminuer la vitalité, donc elles deviennent pour elle une cause prédisposante à certaines maladies.

§ III. En favorisant l'accumulation du calorique sur la partie supérieure de la tête, les coiffures nuisent encore. L'homme, comme tous les animaux à sang chaud, a une température propre qui ne varie que fort peu. L'expérience a prouvé qu'elle ne peut guère varier en plus ni en moins sans que l'harmonie qui règne dans l'exercice de ses fonctions ne soit détruite, sans qu'il se manifeste dans sa santé une altération qui est d'autant plus considérable que le nouvel état dans lequel il se trouve est plus éloigné de l'état naturel, et que sa durée a été plus longue. Cette température propre (qui est pour l'homme de 34 à 37 degrés thermomètre centigrade) lui est aussi nécessaire que les alimens, que l'air, et en un mot que toutes les choses indispensables à son existence. Aussi ne peut-on pas trop admirer la précaution de la nature, qui, tout en donnant à l'homme une température propre, plus élevée en général que celle du milieu dans lequel il doit vivre, lui a accordé la faculté de créer en lui une quantité de calorique prodigieuse; par cette faveur insigne elle l'a mis en état d'obéir à cette loi générale : *Tout corps plus chaud doit céder du calorique aux corps plus froids que lui;* et en même temps elle l'a soustrait aux conséquences funestes de cette perte continuelle. Il est vrai qu'il n'est pas indispensable que l'excès de calorique que l'homme émet sans cesse soit toujours le même, car la nature, en le plaçant en différens climats, en le destinant à supporter les différentes saisons de l'année, lui a aussi attribué la possibilité de créer plus ou moins de calorique suivant les circonstances. Néanmoins, malgré cette lati-

tude qui lui est accordée, toujours est-il qu'il ne peut vivre sans produire, et par conséquent sans émettre du calorique. Ainsi on admet donc comme constant que la température de l'homme ne peut varier beaucoup sans qu'il en souffre; on reconnaît donc comme évident que sa constitution est telle, qu'il doit à tout instant émettre une certaine quantité de calorique, puisqu'il en crée à tout instant une nouvelle quantité. Or, les membranes muqueuses, et la peau surtout, sont les parties de notre corps auxquelles la nature a confié le soin d'émettre le calorique en excès. Ne conçoit-on pas alors que si un obstacle quelconque, par exemple, un corps très-mauvais conducteur du calorique, venait à envahir toute la surface tégumentaire, de manière à s'opposer entièrement à l'émission du calorique et à rendre tout à fait illusoire cette fonction de la peau; ne conçoit-on pas, dis-je, qu'il en résulterait les plus grands dangers pour notre santé, pour notre vie même? Ne voit-on pas aussi que le premier organe qui en souffrirait ce serait la peau; car il est reconnu que tout organe dont la fonction est suspendue ou même ralentie a une vie moins active, et se détériore. Ce qui est vrai pour toute la peau l'est aussi pour chacune de ses parties. Sans doute que si une faible portion de son étendue est seule soumise à une action de ce genre, l'effet sera beaucoup moins manifeste pour toute l'économie; mais toujours est-il qu'il sera réel, et que le point où cette cause agira souffrira tout autant que si elle agissait avec une égale intensité partout. Par cette suite de raisonnemens, je suis porté à regarder les coiffures, qui, s'il m'est permis de parler ainsi, enferment hermétiquement la partie supérieure de la tête, qui sont d'un tissu mauvais conducteur du calorique, et dont la surface interne est lisse, et capable par conséquent de réfléchir les rayons de ce fluide impondérable; je suis, dis-je, porté à regarder ces coiffures comme nuisibles, 1°. à la santé du cuir chevelu, 2°. au bien-être général, et 3°. à l'état de parfaite santé de notre corps. Telle est la théorie, telles sont les conséquences qui en découlent.

Les faits viennent encore ici à l'appui de ma manière de voir. D'abord tout le monde connaît l'expérience de physique qui prouve

qu'un membre placé dans un cylindre hermétiquement fermé, à parois lisses et réfléchissantes, ne peut, au bout de quelques instans, supporter la température à laquelle il est exposé et qui croît sans cesse. En second lieu, j'ai remarqué et j'ai éprouvé moi-même que lorsqu'on a la tête couverte d'un coiffure même légère, et qui ne comprime que fort peu le cuir chevelu, pourvu qu'elle s'oppose à l'émission du calorique, on est plus exposé à la céphalalgie générale; et que toujours à une époque, il est vrai, plus ou moins éloignée, suivant les personnes et leur habitude, on est poussé invinciblement par la gêne, par la douleur même que l'on éprouve à se découvrir au moins pendant un instant; or, qu'est-ce que la gêne, qu'est-ce que la douleur, si ce n'est une invitation tacite de nous soustraire à une cause délétère? J'ai de plus observé, et plusieurs de mes amis m'ont dit l'avoir fait comme moi, qu'aucun des enfans que leurs parens laissaient ou faisaient aller tête nue n'étaient atteints des maladies du cuir chevelu, si communes à cet âge; cependant les coiffures que l'on met ordinairement sur la tête des enfans ne sont ni pesantes, ni compressives, ou le sont peu; aussi je pense que dans ce cas les coiffures ne sont nuisibles qu'en s'opposant à l'émission du calorique, à la sortie des vapeurs de la transpiration, et à la circulation de l'air. Je ne prétends pas qu'en affranchissant les enfans des inconvéniens des coiffures, on les soustraira toujours à ces affections désagréables et quelquefois très-pénibles et très-dégoûtantes; mais je pense que c'est une raison pour qu'ils y soient moins sujets. Qui ne sait pas qu'une congestion cérébrale commençante et légère a souvent été arrêtée dans sa marche, guérie même quelquefois lorsqu'on a conseillé au malade de rester nuit et jour tête nue? Et peut-être ne fût-elle jamais survenue si, avant son origine, le malade fût toujours resté la tête découverte; car, quelle différence y a-t-il entre une congestion cérébrale proprement dite et une céphalalgie générale? Celle-ci n'est-elle pas le premier degré de celle-là? Or, si la dernière peut être causée par l'effet des coiffures, je crois qu'on est forcé d'admettre que la congestion cérébrale peut avoir la même cause. Pour ma part, je pense que

la chaleur que les coiffures entretiennent et font croître à la surface du cuir chevelu joue un grand rôle dans la production des complications cérébrales dans un grand nombre de maladies; et la plupart des médecins croient que dans certains cas elle est un obstacle à la guérison, puisqu'ils emploient les réfrigérans sur la tête.

§ IV. Enfin, en retenant à la surface du cuir chevelu la vapeur résultant de la transpiration de cette partie, les coiffures ne sont pas moins malfaisantes.

Dans le paragraphe précédent, j'ai rappelé que la nature avait pourvu aux dangers que l'homme eût encourus de la part des températures diverses de l'atmosphère auxquelles il peut être soumis, puisqu'elle lui a accordé la faculté de produire plus ou moins de calorique suivaut les circonstances. Mais ce n'est pas le seul moyen qu'elle lui ait fourni pour le mettre en état de se soustraire à leur influence nuisible, elle l'a doué des perspirations cutanée et pulmonaire, fonctions qui, tout en repoussant hors de l'économie un produit désormais nuisible, ont aussi pour but de consommer une certaine quantité de calorique, employé à vaporiser ce produit qui est liquide à son origine. Or, la physique démontre qu'un espace donné ne peut contenir qu'une certaine quantité de vapeur; il est clair alors que les coiffures limitant l'espace que doit occuper la vapeur résultant de la transpiration du cuir chevelu s'opposent à la formation d'une nouvelle quantité de vapeur. Qu'en résulte-t-il? Il s'établit une véritable lutte entre la perspiration cutanée de la tête et l'obstacle qui s'oppose à la vaporisation de son produit; la transpiration augmente, mais son produit reste liquide, malgré l'élévation de la température; de là l'humidité qui recouvre la tête, la sueur qui l'arrose quelquefois; de là l'adhésion des cheveux les uns aux autres; de là leur plus grande conductibilité. Si l'on se découvre alors, il arrive que la température extérieure, presque toujours plus basse que celle à laquelle la partie supérieure de la tête était soumise, fait éprouver subitement en ce lieu une sensation de froid plus ou moins vive, qui resserre à l'instant

le tissu de la peau, arrête la transpiration tout à coup, et devient la cause de répercussions plus ou moins dangereuses. Il n'est pas de personnes plus exposées à l'odontalgie, au coryza, à l'angine, aux catarrhes bronchique, pulmonaire, etc., etc., que celles qui ont toujours la tête couverte, et qui n'ôtent leur chapeau que pour saluer ou pour se coucher.

L'habitude qu'ont les Polonais de passer presque toute la saison froide sans se découvrir la tête, est regardée par quelques-unes des personnes qui ont écrit sur la plique comme une des causes de cette maladie déplorable.

ARTICLE III.

Influence des coiffures sur l'exercice libre des facultés intellectuelles.

S'il est vrai que les coiffures peuvent déterminer des douleurs de tête, s'il est vrai qu'elles peuvent favoriser les congestions cérébrales, s'il est constant qu'elles prédisposent le cuir chevelu à un grand nombre de maladies, s'il est démontré qu'elles modifient l'exhalation de cet organe, qu'elles augmentent la conductibilité de la chevelure, quand elles ne la font pas tomber; si elles nous exposent, quand nous nous découvrons dans un endroit frais, à l'interruption brusque de la transpiration de la tête, et à un grand nombre de maladies plus ou moins graves qui en résultent presqu'à l'instant, il est naturel, sachant que tout est lié dans notre économie à un tel point qu'aucune des parties ne peut être modifiée sans que l'entier ne participe plus ou moins à l'ébranlement, s'il m'est permis de parler ainsi, qui a été déterminé dans un point de la machine; sachant surtout que le cerveau, cet organe merveilleux qui pense, veut et dirige toutes nos actions, est le point où viennent aboutir toutes nos sensations tant externes qu'internes; sachant que toujours, l'organe siége de la modification excepté, le cerveau est le premier à en ressentir les effets, et le seul sans exception qui en avertît tout notre être en les lui trans-

mettant plus ou moins médiatement, tels qu'il les a éprouvés; il est naturel, dis-je, de reconnaître que les coiffures sont un obstacle à l'exercice de nos facultés intellectuelles. On sait, en effet, que dans toutes les maladies, quelque légères qu'elles soient, l'homme est moins apte aux travaux de l'esprit; il ne saurait y avoir d'exception pour les maladies dont les coiffures sont la cause. Tout le monde est convaincu que la moindre gêne qu'on éprouve, alors que l'on a besoin de déployer toutes les ressources de son intelligence, est capable de faire perdre tout le fruit des méditations les plus profondes; or, qui ignore que dans ce cas les coiffures sont un sujet de gêne continuelle? Interrogez les orateurs, et ils vous diront qu'ils parlent avec plus de facilité tête nue que la tête couverte. Adressez-vous aux hommes de cabinet, et ils vous répondront que leurs travaux seraient bien plus pénibles s'ils étaient obligés de rester toujours couverts. Allez dans les cafés, dans les restaurans, dans tous les endroits où vous pourrez rencontrer un grand nombre de personnes réunies, mais où elles ne s'occupent que de choses qui ne nécessitent pas de tension d'esprit, vous verrez presque tout le monde la tête couverte. Transportez-vous, au contraire, dans les cabinets d'études scientifiques, littéraires, politiques, et dans tous les lieux où les hommes se rassemblent pour communiquer aux autres ou pour acquérir des connaissances, et vous verrez à peine quelques personnes couvertes. Cette conduite, qui certainement n'est pas calculée, qui n'est pas un résultat de l'éducation, non plus que de l'observation des convenances et de la politesse, mais qui est bien une obéissance aveugle à l'instinct, à la volonté de la nature, qui nous porte à éloigner tout obstacle qui peut s'opposer à l'action d'un organe que nous voulons mettre en jeu, est une preuve suffisante que les coiffures nuisent à l'exercice libre de nos facultés intellectuelles.

ARTICLE IV.

Parallèle entre les avantages et les désavantages des coiffures.

Après avoir exposé les raisons qui me font regarder les coiffures comme nuisibles, je dois reconnaître qu'elles jouissent d'une apparence d'utilité qui peut être est la cause que jusqu'ici on leur a pardonné leur nocuité. Ainsi elles servent de bouclier à la tête, elles sont là pour atténuer les chocs qu'elle pourrait recevoir de la part des corps extérieurs; elles la défendent contre les ardeurs du soleil, et contre le froid, et contre la pluie, etc., etc.; elles protègent la vue contre la vivacité des rayons lumineux; elles soustraient quelquefois une partie de notre être aux influences dangereuses d'un air humide et miasmatique : tels sont tous leurs avantages, ou au moins tous ceux que je leur connais. Voyons donc s'ils sont si grands et tellement incontestables qu'ils doivent déterminer à passer sur tous leurs inconvéniens; 1°. et d'abord les coiffures atténuent les chocs des corps extérieurs sur la tête; ce fait est vrai; mais ces chocs sont-ils si fréquens que l'on doive toujours rester la tête couverte d'une coiffure résistante, gênante et nuisible? Sauf les cas de rixe, sauf les circonstances fort rares où des corps durs, mus de haut en bas, viennent tomber à la surface du sol, où le corps perdant son équilibre se laisse aller la tête première, ce bouclier est au moins inutile, il doit même être repoussé comme pernicieux, puisque par son poids il met des obstacles à la circulation du cuir chevelu, et diminue la vie dans cette partie. A-t-on jamais pensé, en effet, à se munir journellement la poitrine d'une cuirasse pour éviter les chocs, les contusions, les blessures auxquelles cette partie très-importante de notre tronc est exposée au moins autant que la tête? A-t-on jamais eu l'idée de se placer des attelles de chaque côté des os longs pour éviter leurs fractures? A-t-on jamais eu le moindre penchant à se mettre dans une boîte pour se soustraire aux causes mécaniquement malfaisantes? C'est pourtant ce qu'il fau-

drait faire, si la crainte seule d'une maladie future, qui peut-être n'arrivera jamais, devait nous déterminer à faire tout ce qui est indispensable pour la prévenir. Il est vraiment étonnant que l'on n'affranchisse pas sa tête d'une incommodité à laquelle on ne voudrait pas soumettre tout son corps à chances égales ; l'habitude et le penchant presque irrésistible à l'imitation sont seuls capables d'exposer l'homme à une pareille contradiction.

2°. Les coiffures défendent la tête contre les ardeurs du soleil, contre le froid, et contre la pluie, etc., etc. C'est encore incontestable. Mais cela est-il bien nécessaire? Je ne le pense pas. J'ai vu beaucoup d'enfans habitués à aller tête nue en toutes saisons, quelle que fût la température et l'état de l'atmosphère ; je les ai vus s'exposer au soleil, à la pluie, à la neige, etc., et aucun d'eux n'en a été malade, aucun d'eux n'a eu ni coup de soleil, ni rhumes (pour m'exprimer comme le vulgaire) : or, des avantages aussi peu certains peuvent-ils faire oublier les céphalalgies, les congestions cérébrales, et la plupart des maladies du cuir chevelu ?

3°. Les coiffures protègent la vue contre la vivacité des rayons lumineux : oui, quand elles sont pourvues d'un prolongement antérieur assez étendu pour remplir ce but. Mais c'est une chose encore au moins inutile ; car les personnes qui vont tête nue, celles qui ne mettent sur leur tête que des bonnets de soie ou de coton, ou bien de simples calottes, n'en deviennent pas pour cela aveugles, et n'en voient pas moins bien. Pourquoi donc avons-nous la fureur de vouloir mieux faire que la nature? Elle nous a donné des cils, des sourcils pour protéger l'organe de la vision : pourquoi ne pas nous en contenter? Les animaux, dont les yeux sont plus exposés que les nôtres aux rayons du soleil, n'en souffrent pas du tout, quoiqu'ils ne portent ni chapeaux ni visières, et qu'ils ne cherchent pas à renchérir sur les dons qu'ils ont reçus de la nature.

4°. Enfin, les coiffures soustraient quelquefois une partie de notre être aux influences dangereuses d'un air humide et miasmatique. Elles jouissent, sans aucun doute, de cet avantage ; mais ce n'est

qu'à condition que l'air sera malsain : or, ce n'est pas heureusement le cas le plus ordinaire, et lorsqu'il se présente encore, je ne crois pas qu'elles nous préservent tout à fait des maladies que nous avons à redouter alors. Elles ne peuvent tout au plus que les retarder un peu et en diminuer l'intensité ; car toute la peau, les voies respiratoires, sont soumises à la même influence morbifique, qui doit tôt ou tard vaincre la place qui n'est défendue que par un seul de ses points. Je le demande encore, un avantage si faible, et qui est soumis à une condition qui se réalise peu fréquemment, pourrait-il nous déterminer à nous voir exposés à chaque instant à l'interruption brusque de la transpiration de la tête, et à toutes les maladies qui peuvent en être la suite ; à condamner notre intelligence, la plus belle de nos facultés, à un esclavage continuel ; à nous soumettre à un préjugé qui n'entraîne avec lui presque aucun avantage, et qui est une source, pour ainsi dire, inépuisable de dommages?

Je conclus donc que, si les avantages des coiffures sont réels, ils sont au moins peu nombreux et très-faibles ; tandis qu'il est certain qu'elles sont la source d'un grand nombre de maladies, même très-graves ; qu'elles gênent l'exercice de nos facultés les plus nobles, enfin que je suis porté à conseiller de s'abstenir des coiffures plutôt que d'en faire usage. Si pourtant on tient à son habitude, à faire comme les autres, à continuer de se couvrir la tête, il faut, autant que possible, user de coiffures légères et perméables à l'air.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tùm frigoris tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

III.

Si quis sanguinem aut pus mingat, renum aut vesicæ exulcerationem significat. *Sect.* 4, *aph.* 75.

IV.

Quibus in urinâ arenosa subsident, illis vesica calculo laborat. *Ibid.*, *aph.* 79.

V.

Caput laboranti, et circum circa dolenti, pus, aut aqua, aut sanguis effluens per nares, aut per os, aut per aures, solvit morbum. *Sect.* 6, *aph.* 10.

VI.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum; intùs verò foràs, bonum. *Ibid.*, *aph.* 25.

DISSERTATION

N° 181.

SUR

LA HERNIE CRURALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 13 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR JOSEPH-AMAND BALLIÈRE, de Cesny-en-Cinglais,

Département du Calvados;

Bachelier ès-lettres, ès-sciences; ancien Élève de l'École pratique.

Sero est in periculo consilium quærere.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Président.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers, *Examinateur.*	Gibert.
Baudelocque, *Examinateur.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Suppléant.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Témoignage éternel de reconnaissance et de piété filiale.

A MA SŒUR.

Gage d'amitié fraternelle.

J.-A. BALLIÈRE.

DISSERTATION

SUR

LA HERNIE CRURALE.

On donne le nom de *hernie* au déplacement d'un ou de plusieurs viscères, qui, expulsés en totalité ou en partie des cavités où ils sont contenus, viennent former une tumeur plus ou moins saillante, et le plus souvent apercevable à l'extérieur.

Le plus ordinairement on se sert du mot *hernie* pour désigner des tumeurs produites par la sortie des viscères de l'abdomen à travers les ouvertures naturelles ou accidentelles qu'offrent les parois de cette cavité.

Le cadre de cette dissertation étant trop étroit pour que je puisse faire l'histoire de toutes les hernies, je traiterai particulièrement de celle qui est connue sous le nom de *crurale;* mais avant tout, et pour bien comprendre le mécanisme de sa formation, son traitement et l'opération, lorsqu'elle devient nécessaire, je crois convenable de donner la description anatomique de la région où elle se forme.

Le bord inférieur de l'aponévrose du muscle grand oblique de l'abdomen, connu sous le nom de *ligament de Fallope*, ou *arcade crurale*, étendu de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles à l'épine, à l'angle et à la crête du pubis, convertit la grande échancrure que pré-

sente le bord antérieur de l'os coxal en un trou irrégulièrement triangulaire que traversent des muscles des nerfs, et des vaisseaux, et où se trouve le canal crural. Les muscles iliaque et grand psoas réunis et le nerf crural, passent sous la partie externe de l'arcade crurale et closent tout l'espace qui se trouve en dehors de l'éminence iléo-pectinée. Une expansion aponévrotique de l'insertion pubienne du ligament de *Fallope*, connue sous le nom de *ligament de Gimbernat*, occupe la partie interne de l'ouverture dont il est question; le *fascia iliaca*, après avoir tapissé le bassin, arrivé vers l'arcade crurale, s'y comporte de diverses manières. Dans toute la portion externe, il se continue avec le *fascia transversalis*. Au niveau des vaisseaux cruraux et en dedans, il s'attache à la crête du pubis, passe par-dessus et par-devant le muscle pectiné, se prolonge dans le creux de l'aine, et s'y continue avec le feuillet profond du *fascia lata*. Cette dernière aponévrose présente dans la région de l'aine un feuillet superficiel qui, se contournant en forme de spirale, s'insère à la partie antérieure et inférieure du ligament de *Fallope*, tandis que son feuillet profond se continue avec le *fascia iliaca*. Entre ces deux feuillets et sous la partie correspondante de l'arcade crurale, se trouvent les vaisseaux cruraux revêtus d'une gaîne qui leur est propre. A la partie interne des vaisseaux se trouve un espace, qui est le canal crural proprement dit, qui, dans l'état normal, est rempli par un tissu cellulaire plus ou moins résistant, auquel M. *J. Cloquet* a donné le nom de *septum crural*.

Le *canal crural*, ouverture qui donne passage à la hernie crurale, est limité par l'arcade crurale en haut et en avant, par le pubis en bas et en arrière, par le ligament de *Gimbernat* en dedans, et par les vaisseaux à sa partie externe; le péritoine repose immédiatement sur le tissu cellulaire qui occupe l'ouverture du canal; en avant de tout ce que nous avons décrit se trouve une aponévrose sous-cutanée, connue sous le nom de *fascia superficialis*, qui, s'étendant de l'abdomen à la cuisse, passe immédiatement devant l'ouverture inférieure du canal crural et de la veine saphène, qui communique par cet ori-

fice avec la veine crurale ; d'après cette disposition, ce feuillet se trouve toujours entre la peau et le sac herniaire.

L'intestin grêle et l'épiploon sont les viscères qui forment le plus communément la hernie crurale, le cœcum, une portion du colon, la vessie, peuvent y concourir, mais beaucoup plus rarement. La plus grande dimension de l'arcade crurale et l'absence du cordon testiculaire la rendent fréquente chez la femme, surtout lorsqu'elle a eu des enfans. Chez l'homme, la disposition inverse la rend beaucoup plus rare.

Causes. Les causes de la hernie crurale peuvent être divisées, comme celles de toutes les autres hernies, en *prédisposantes* et *occasionnelles.* Parmi les premières, on doit mettre le sexe féminin, l'état de gestation, la faiblesse et le relâchement des parties, l'accumulation de sérosité dans le péritoine, la formation de quelques tumeurs dans la cavité abdominale, qui, repoussant les viscères en avant et en bas, les sollicitent à sortir par les points où la résistance est la moins considérable. Parmi les causes occasionnelles, sont toutes celles qui peuvent diminuer la capacité de l'abdomen, soit qu'elles agissent rapidement ou que leur action n'ait lieu que d'une manière lente et successive : les viscères se trouvant comprimés résistent à la pression ou la fuient, et cherchent pour cela à s'échapper par les diverses ouvertures de l'abdomen. Les coups, les chutes sur les talons ou sur les genoux, les secousses brusques de tout le corps, les efforts violens de l'accouchement, le vomissement, l'action de soulever et de supporter de lourds fardeaux, une toux opiniâtre, le cahot d'une voiture non suspendue, l'équitation, les vêtemens trop serrés à la partie inférieure de la poitrine, sont autant de causes qui agissent directement ou indirectement sur les viscères renfermés dans le ventre, et les forcent à se frayer une voie au travers des parties les moins résistantes de cette cavité.

Mécanisme. Les intestins, sous l'influence de quelques-unes des causes que nous venons d'énumérer, pressant contre les parties infé-

rieures de l'abdomen, déprimen ou déchirent le septum crural sur lequel le péritoine repose immédiatement, entraînent avec eux et en avant d'eux la portion correspondante du péritoine, parcourent le canal crural, viennent faire saillie à la partie supérieure de la cuisse, et se trouvent recouverts d'avant en arrière par la peau, par le fascia superficialis et par le péritoine, qui porte le nom de *sac herniaire* sur la tumeur, et de *col* sur le pourtour de l'ouverture qui lui a livré passage.

Signes. La hernie crurale *entérocèle* forme une tumeur globuleuse, molle, égale, rénitente, plus étroite dans le point qui correspond à l'arcade crurale que partout ailleurs, sans changement de couleur à la peau, remontant plutôt que de descendre. Son apparition est souvent subite ; son volume augmente lorsque le sujet est debout, et diminue lorsqu'il est couché. La tumeur devient plus dure lorsqu'on retient la respiration ou que l'on fait des efforts pour tousser; elle diminue de grosseur lorsqu'on la comprime; la réduction d'une portion d'intestin est bientôt suivie de celle du reste de la tumeur, lorsqu'elle n'est pas trop ancienne, et elle fait entendre un bruit particulier, connu sous le nom de *gargouillement;* elle cause de légères coliques et des envies de vomir.

L'*épiplocèle* forme une tumeur molle, peu résistante sous le doigt, disparaissant peu à peu par une pression long-temps continuée, ne rentrant jamais en bloc, et toujours sans faire aucun bruit, plus fréquente à gauche qu'à droite. Ses progrès sont lents; elle ne fait éprouver ni coliques ni nausées; quelquefois les personnes qui en sont affectées ressentent de légers tiraillemens d'estomac après les repas.

On juge qu'une hernie est formée tout à la fois par l'intestin et l'épiploon par le concours des signes de la hernie intestinale et de l'épiploïque.

Les circonstances dans lesquelles s'est formée la tumeur, son mode de développement, sa situation, et surtout les caractères ci-dessus

indiqués, empêchent le plus ordinairement de la confondre avec d'autres affections. Cependant des engorgemens glanduleux, des bubons, une tumeur enkystée, un anévrysme, siégeant dans le lieu où apparaissent les hernies, peuvent, s'ils sont accompagnés de quelques symptômes qui appartiennent à ces dernières, en imposer à des praticiens peu versés dans ce genre d'observation, et on cite même l'exemple de médecins distingués qui ont commis des erreurs graves à ce sujet. Les abcès par congestion pourraient en imposer par l'influence égale qu'ils éprouvent de la position et de la respiration. Une tumeur variqueuse de la grande veine saphène, peut jusqu'à un certain point, simuler une hernie crurale réductible; mais sa couleur brune la décèle promptement; l'application des doigts au-dessus du passage de la hernie l'empêche de rétrograder, tandis que la tumeur variqueuse augmente de volume. *Scarpa* donne comme signes particuliers à cette hernie l'engourdissement de la cuisse, l'œdème du pied et de la jambe.

Traitement. Le traitement consiste à replacer dans l'abdomen les parties qui en sont sorties, et à les maintenir au moyen d'un bandage convenable. Pour remplir la première indication, on fait coucher le malade sur le dos, la tête légèrement inclinée sur la poitrine, les cuisses et les jambes fléchies; le bassin plus élevé que les lombes. Placé du côté de la hernie, le chirurgien embrasse la tumeur avec une ou deux mains, la comprime doucement avec les doigts, et pousse successivement les parties vers l'ouverture qui leur a donné passage dans un ordre inverse de celui qu'elles avaient suivi en se déplaçant. Si la tumeur est nouvelle, et qu'elle n'ait point changé sa position primitive, il faudra la pousser dans la direction du canal, c'est-à-dire de bas en haut. Lorsqu'elle se sera recourbée au-devant du ligament de *Fallope*, il faudra l'abaisser d'abord, et ensuite la reporter de bas en haut. On remplit la seconde indication en appliquant un bandage, dont le ressort et la pelotte soient disposés de manière à comprimer de bas

en haut, de dedans en dehors et d'avant en arrière la partie inférieure du canal crural.

Prognostic. La hernie crurale est toujours une maladie fâcheuse ; l'ouverture qui la laisse passer, formée de toutes parts de parties solides et tendues, ne se prête jamais à une cure radicale ; le bandage, quel que bien appliqué qu'il soit, ne peut oblitérer complètement le canal crural.

Complications. Les hernies qui n'ont pas été réduites, ou qui ne l'ont été qu'imparfaitement, sont sujettes à contracter des adhérences avec les parois qui les circonscrivent, ce qui les rend de plus en plus irréductibles. L'étranglement et la gangrène en sont une complication redoutable, et plus fréquente dans la hernie qui nous occupe que dans toute autre.

Adhérences. On doit supposer qu'une hernie est compliquée d'adhérences lorsqu'elle est irréductible. L'expérience prouve cependant qu'il y en a d'irréductibles sans adhérences, et de réductibles avec adhérences. Dans tous les cas, lorsqu'on ne peut réduire, et qu'il ne se manifeste aucun symptôme fâcheux, il suffit de s'opposer par des bandages appropriés à un plus grand développement ultérieur de la hernie ; on recommande au malade d'éviter tout exercice violent. On est parvenu quelquefois à obtenir la réduction en plaçant long-temps le malade sur le dos, le bassin plus élevé que les lombes, et lui prescrivant un régime débilitant avec quelques purgatifs réitérés pour exciter les mouvemens péristaltiques du canal intestinal.

Étranglement. L'étranglement est un des accidens les plus graves qui puissent compliquer les hernies ; l'apparition subite d'une hernie chez un sujet jeune et vigoureux, à la suite d'un effort violent ou de toute autre cause qui aurait exercé une forte pression sur l'abdomen, une nouvelle portion d'intestins qui s'engage dans un sac herniaire

suffisamment rempli par les organes qui y sont contenus, sont les causes déterminantes les plus fréquentes. Les anciennes adhérences, le pourtour de l'ouverture aponévrotique qui donne passage à la hernie, le col du sac, l'entortillement de l'intestin en sont les causes agissantes. L'étranglement survenu à la suite de quelques-unes des causes que j'ai signalées, s'accompagnant rapidement de symptômes graves, est désigné sous le nom d'*inflammatoire* ou *aigu*. Celui qui est occasionné par la progression difficile des matières dans la portion d'intestin qui est dans le sac, est connu sous le nom d'*étranglement par engouement*.

L'étranglement avec inflammation est caractérisé par des accidens bien plus prompts, bien plus subits, dont la marche est plus rapide et l'intensité plus grande que dans l'étranglement par engouement; si une anse entière d'intestin est comprise dans le sac, il y a une douleur vive vers l'arcade crurale; la tumeur est rénitente, douloureuse, irréductible; le ventre devient très-sensible à la pression; la constipation est opiniâtre; la douleur et l'inflammation gagnent le canal intestinal; le malade est tourmenté par des nausées, des vomissemens fréquens, le hoquet; les matières des vomissemens sont d'abord muqueuses, ensuite bilieuses, et bientôt après ce sont des matières fécales proprement dites; le pouls est serré, dur, fréquent; la respiration est courte, accélérée; les traits se décomposent; la langue est sèche et aride, couverte d'un enduit sale et quelquefois noirâtre; les tégumens sont arides et brûlans; la soif devient inextinguible; le hoquet persiste continuellement; le ventre devient très-gros et très-sensible. A cette série de symptômes graves succède un calme trompeur; la hernie se ramollit; les tégumens qui la recouvrent prennent une couleur livide; le tissu cellulaire qui environne le sac devient pâteux et comme infiltré; le ventre s'affaisse; les traits se décomposent, et le malade succombe le plus ordinairement.

Dans l'étranglement par engouement, les accidens se manifestent moins vite; ils offrent un appareil moins effrayant. La tumeur augmente de volume avant que le malade n'y ressente de douleur; il y

à gonflement sans tension ; la tumeur est molle et pâteuse, et fait peu souffrir le malade ; les vomissemens et les nausées se manifestent, mais avec moins de fréquence dans leur retour ; la tumeur est peu douloureuse ; l'abdomen est peu tendu, peu sensible ; les accidens marchent lentement ; on peut faire un plus grand nombre de fois des tentatives de réduction, pendant un plus long espace de temps, de cinq à huit jours, par exemple, sans compromettre la vie du malade ; si les accidens persistent, si l'on temporise trop ou qu'on exécute mal les tentatives de réduction, l'inflammation se développe, et à sa suite tous les autres accidens que nous avons signalés dans l'autre genre d'étranglement.

L'étranglement inflammatoire réclame de prompts secours qui doivent se succéder sans délai. On fera mettre le malade au lit et dans la position la plus favorable pour pratiquer le taxis, qui doit être fait sans effort ; si ce premier moyen ne réussit pas, on fait une forte saignée du bras, on plonge le malade dans un bain tiède. On peut pratiquer une seconde saignée, faire couvrir la tumeur d'un cataplasme émollient ; on calme la soif par quelques gorgées de boisson acidulée. Si tous ces moyens ne procurent pas la rentrée des parties, il ne faut pas faire de nouvelles tentatives de réduction si la tumeur est douloureuse ; l'opération est le seul moyen qui puisse sauver les jours du malade.

Si l'étranglement est par engouement, on peut avec moins de crainte, et plus long-temps que dans le cas précédent, tenter d'obtenir la réduction par le moyen du taxis ; par cette pratique on parvient à ramollir les matières contenues dans l'anse intestinale, et à faciliter ainsi leur progression dans le reste de l'intestin. Si l'on ne réussit pas par ce moyen, on administre des lavemens émolliens, des boissons relâchantes, l'émétique en lavage ; on préfère les purgatifs doux aux drastiques ; les solutions, dans l'eau de poulet, de phosphate de soude ou de sulfate de soude, peuvent être données avec avantage. On conseille l'application de topiques réfrigérens, tels que des affusions froides, la glace, la neige. On ne doit les employer que

peu de temps et avec précaution. Cette série de moyens réussit souvent, mais lorsque les accidens persistent et qu'ils se compliquent d'inflammation, il est nécessaire de recourir à l'opération.

Avant de décrire les divers procédés opératoires qui conviennent dans la hernie crurale étranglée, je dois dire un mot de la disposition des vaisseaux qui se trouvent dans le voisinage du col du sac herniaire.

L'artère épigastrique, née de l'iliaque externe, près de l'arcade crurale, se dirige de dehors en dedans, remonte vers la ligne blanche; dans ce trajet, elle passe à quatre lignes du côté externe du col du sac herniaire. Le cordon testiculaire, composé de l'artère spermatique et des veines du même nom, ainsi que du canal déférent, descend obliquement d'arrière en avant, vient reposer sur la paroi inférieure du canal inguinal, dans la portion correspondante à l'anneau crural, et n'est éloigné de ce dernier que de deux lignes; lorsque l'artère obturatrice naît de l'épigastrique, ce qui est rare, et qui ne peut pas être reconnu sur le vivant, cette artère descend parallèlement au bord libre du ligament de *Gimbernat*. Telle est la disposition des vaisseaux chez l'homme. Le ligament rond, chez la femme, occupe le même trajet que le cordon testiculaire chez l'homme.

Il suit de la disposition des vaisseaux que je viens d'indiquer, que le pourtour du col du sac est presque circonscrit de toutes parts par un anneau vasculaire dont la lésion serait nécessairement mortelle.

De tels dangers dans l'exécution d'une opération qui en entraîne une foule d'autres à sa suite ont dû éveiller l'attention des chirurgiens; il y a cependant à peine un siècle que quelques préceptes un peu rationnels ont été donnés à cet égard. *Arnaud*, chirurgien célèbre du dernier siècle, signala le premier la lésion de l'artère spermatique comme cause de la mort d'une partie de ceux qui étaient soumis à l'opération de la hernie crurale: il inventa un crochet qui est encore quelquefois employé de nos jours. A l'aide de ce crochet, il soulevait et dilatait l'arcade crurale, et réussissait souvent à réduire la hernie sans porter l'instrument tranchant sur le pourtour du col du sac.

Le Blanc inventa un instrument composé de deux branches mobiles, avec lequel on pouvait dilater les ouvertures rétrécies ; mais cet instrument n'est applicable que dans un petit nombre de cas, dans celui, par exemple, où le col du sac serait la cause de l'étranglement, sans aucune adhérence avec l'intestin. Par leurs recherches anatomiques et leurs nombreuses observations, *Gimbernat*, *Scarpa*, MM. *Boyer*, *Dupuytren*, *J. Cloquet* ont amélioré cette partie de la chirurgie, et ont rendu l'opération beaucoup moins périlleuse. Quoique ces praticiens célèbres n'emploient pas les mêmes procédés, ils n'en réussissent pas moins bien, et leurs malades ne meurent jamais de la lésion des vaisseaux qu'ils doivent ménager.

Gimbernat, *Scarpa* et M. *Boyer* donnent pour précepte d'inciser la base du ligament de *Gimbernat* dans une étendue de deux ou trois lignes, en dirigeant l'instrument de haut en bas, de dehors en dedans parallèlement au ligament de *Fallope*. M. *Dupuytren* conseille de débrider en haut et en dehors dans une petite étendue, presque parallèlement au ligament de *Fallope*. Ces divers préceptes sont pour l'homme ; on a, de plus, chez la femme la latitude de débrider verticalement.

Opération de la hernie crurale étranglée.

Lorsque cette opération est suffisamment indiquée, après avoir disposé un appareil composé de plusieurs bistouris droits, courbes, boutonnés ; de sondes cannelées, mousses et flexibles ; de ciseaux de diverses formes, des aiguilles courbes, des pinces à disséquer, du fil ciré, un linge fin percé de trous, de la charpie, des bandelettes agglutinatives, des compresses fines, des bandes roulées, un bandage, des épingles, des éponges, des vases remplis d'eau, on fait administrer un lavement au malade, afin d'expulser les matières contenues dans le gros intestin ; on l'engage à se débarrasser de ses urines ; on le place en supination sur un lit étroit, résistant, fixe et suffisamment élevé ; on passe une alaise pliée en plusieurs doubles sous le bassin : la

tête doit être fléchie sur la poitrine, les cuisses et les jambes dans un état de demi-flexion. Le chirurgien se place au côté qui correspond de nom à sa main la plus exercée; un aide intelligent se place du côté opposé pour lui présenter les instrumens, et l'aider dans plusieurs temps de l'opération. Il procède ensuite de la manière suivante: à l'aide de ses deux mains, il forme un pli à la peau sur la partie supérieure de la tumeur, donne à ce pli une direction perpendiculaire à l'incision qu'il veut pratiquer; l'aide prend l'extrémité du pli qui est de son côté; le chirurgien porte le tranchant du bistouri sur le sommet de ce pli, et le divise jusqu'à sa base. Si l'incision n'est pas suffisamment longue pour s'étendre un pouce au-dessus et un pouce au-dessous de la tumeur, il l'agrandit dans ces deux dimensions, lie les artères honteuses externes, et divise ensuite, en s'aidant d'une sonde cannelée, les divers feuillets qui se trouvent en avant du sac; enfin, arrivé sur ce dernier, il l'ouvre dans toute sa longueur, en guidant toujours ses incisions au moyen de la sonde, tente la réduction si elle est possible; il porte ensuite le doigt entre le sac et les viscères déplacés pour reconnaître le siége de l'étranglement. S'il est peu élevé et formé seulement par le contour de l'orifice inférieur du canal crural, ce qui a souvent lieu, il suffit de débrider directement en avant, ce qui se pratique sans difficulté et sans aucun danger; il n'en est pas de même lorsque l'étranglement siége au pourtour supérieur du canal; alors, après avoir introduit une sonde cannelée à pointe mousse entre l'intestin et le col du sac, et dirigé la cannelure en haut, si c'est une femme le chirurgien porte un bistouri à pointe mousse dans la cannelure de la sonde, divise le col du sac, et fait une section au ligament de *Fallope* dans une étendue de deux ou trois lignes; si c'est un homme qu'il opère, il dirige la cannelure de la sonde de manière à faire au ligament de *Gimbernat* une section oblique de haut en bas, de dehors en dedans, parallèle à la direction de l'arcade crurale; cette section doit être de deux ou trois lignes. S'il suit le procédé de M. *Dupuytren*, il doit diriger la sonde de manière à débrider en haut et en dehors, parallèlement au ligament de *Fallope*, en l'attaquant un peu dans la

section, qui ne doit pas s'étendre à plus de deux lignes. L'obstacle étant ainsi levé, le chirurgien, dont les ongles seront soigneusement rognés et les mains enduites d'un liquide onctueux, procède à la réduction des viscères ; il commence par les attirer à lui pour s'assurer de leur état au point de constriction; il sollicite le passage des gaz et des matières solides dans les intestins qui sont dans l'abdomen, et alors, sans trop s'effrayer de la couleur plus ou moins foncée de la portion herniée, il fait rentrer, à l'aide de ses deux mains, l'intestin, en commençant par la partie sortie la dernière. Lorsque tout est rentré, il porte le doigt par l'ouverture jusque dans l'abdomen, pour s'assurer que la réduction est complète. Il nettoie la plaie, applique sur elle un linge fin percé de trous, ensuite de la charpie, des compresses, et soutient le tout au moyen du spica de l'aine ou du bandage en triangle; il fait administrer au malade un ou deux lavemens émolliens. Si l'opération a été salutaire, les accidens cessent, les matières reprennent leur cours, et la plaie est traitée ensuite comme une plaie simple qui marche chaque jour vers la cicatrisation.

Telle est l'opération de la hernie crurale étranglée dans toute sa simplicité et sans aucune complication. Comme la conduite du chirurgien doit varier suivant les complications qui peuvent se présenter, nous allons signaler les principales : ce sont les adhérences simples ou charnues des viscères avec les parois du sac, les mêmes adhérences avec une partie ou la totalité du pourtour du col du sac, et la gangrène.

Les adhérences simples ou celluleuses que les circonvolutions d'intestin auraient contractées entre elles ou avec les parois du sac, se détruisent avec les doigts et avec le bistouri, et la réduction n'en éprouve rien de fâcheux. Les adhérences charnues offrent des difficultés plus grandes; si c'est l'épiploon qui adhère, on peut en faire la section et le réduire ensuite; si ce sont les parois de l'intestin, on courrait risque de les diviser en voulant les séparer, on doit se contenter de lever l'obstacle qui s'opposait au cours des matières et laisser à la nature le soin du reste de l'opération, l'expé-

rience ayant prouvé que l'intestin ainsi adhérent était rentré seul au bout de quelques jours ; on pansera alors avec des compresses imbibées et fréquemment arrosées avec l'eau de guimauve ; si le col du sac adhère d'une manière intime dans tout son pourtour avec l'intestin qui y est engagé, il n'y aurait pas d'autre parti à prendre que d'imiter *Arnaud*, qui, en pareille circonstance fendit l'intestin et le col du sac dans une direction verticale. Si l'opération se pratiquait sur un homme, on donnerait à l'incision la direction que nous avons indiquée plus haut. L'intestin étant ouvert, le malade doit éprouver un prompt soulagement, mais il est exposé à une infirmité dégoûtante, à la sortie des matières fécales par une voie insolite; cette maladie, connue sous le nom d'*anus contre-nature*, guérit quelquefois par les seules forces de la nature. L'art n'y pouvait presque rien avant notre époque, c'est au génie de M. *Dupuytren* qu'est due l'invention et l'application d'un instrument qui rétablit la continuité d'un canal qui semblait intercepté sans retour. Si les symptômes qui annoncent la gangrène sont survenus, ce n'est pas une contr'indication d'opérer le malade; on procède à l'opération, et lorsqu'on est arrivé aux parties frappées de gangrène, on en fait l'ablation, on agrandit l'ouverture, les matières coulent par la plaie, et, comme dans le cas précédent, il en résulte un anus artificiel. Si la gangrène n'intéresse que la portion d'intestin herniée, l'inflammation fixe la partie saine de l'intestin au pourtour de l'ouverture, et l'individu peut survivre aux accidens qui le menaçaient d'une mort si prochaine; si la gangrène a envahi des portions d'intestin au-delà de l'ouverture ou du col du sac, la mort est inévitable.

Dans tous les cas d'opération, depuis la plus simple jusqu'à la plus compliquée, l'inflammation peut se transmettre au péritoine et faire périr les malades : il est donc indispensable de les soumettre à une diète sévère, de leur prescrire des boissons délayantes, des lavemens émolliens, et de leur faire des émissions sanguines, lorsqu'elles seront indiquées.

Nous pourrions trouver matière à de plus longues considérations ;

mais ce serait peut-être dépasser les bornes d'une simple dissertation. Je me croirai heureux si je n'ai omis rien d'essentiel dans l'histoire d'une maladie qui, par la rapidité de sa marche, la gravité de ses symptômes, par ses complications et ses accidens, et surtout par les prompts secours qu'elle réclame, mérite toute l'attention possible et des connaissances positives de la part de tous ceux qui se vouent à l'art de guérir.

OBSERVATION.

Une femme de la halle, âgée de soixante-dix ans, mère de plusieurs enfans, portait depuis quinze ans une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, située à la partie supérieure de la cuisse, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale du côté gauche. Cette tumeur, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, rentrant par la pression, reparaissant dans la position verticale, augmentant par la fatigue, était bien évidemment une hernie crurale.

Le 9 janvier 1828, cette femme fit un repas plus copieux qu'à l'ordinaire, se coucha sans rien éprouver de fâcheux ; mais à minuit elle fut prise de douleurs violentes dans la tumeur, qui augmenta de volume; les nausées, les vomissemens accompagnèrent bientôt les premiers symptômes ; les tentatives de réduction de la part de la malade furent inutiles. Tout le jour suivant, les douleurs, violentes dans le point de l'étranglement, furent de plus en plus intolérables; les nausées, les vomissemens, une chaleur brûlante, une odeur intestinale à la bouche, la langue extrêmement sèche, la constipation, des sueurs froides ; telle fut la série des symptômes qui se manifestèrent jusqu'au lendemain, 11 janvier. La malade fut alors apportée dans une des salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Paris. A son entrée, l'interne de garde tenta la réduction, mais sans succès. On appliqua quinze sangsues; on plongea la malade dans un bain ; on tenta de nouveau le taxis, mais inutilement. M. *Sanson* vint visiter la malade, jugea l'opération urgente, et la pratiqua le jour même de l'entrée, quarante-trois heures après les premiers symptômes d'étranglement. La malade,

couchée en supination, les jambes et les cuisses fléchies, le chirurgien fit une incision qui comprit la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans toute la longueur de la tumeur, il divisa ensuite plusieurs feuillets celluleux, puis le sac dans toute sa longueur au moyen de la sonde cannelée et du bistouri : on découvrit une portion de l'épiplon qui adhérait au sac, et en arrière une anse d'intestin. Le chirurgien porta le doigt sous l'arcade crurale pour reconnaître l'étranglement ; les aides maintinrent les lèvres de la plaie écartées ; un bistouri droit et boutonné, dont la lame reposait à plat sur le doigt indicateur de la main droite du chirurgien, fut porté par ce dernier sous le ligament de *Fallope* ; le tranchant fut dirigé en haut et en dehors, et une section de deux lignes environ, faite au ligament de *Poupart*, permit la réduction, qui se fit alors facilement ; on réunit la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives : on pansa simplement. L'opération terminée, tous les accidens cessèrent ; un premier et un second lavemens déterminèrent d'abondantes évacuations. Quelques accidens inflammatoires se manifestèrent du côté du ventre et de la plaie. Les jours suivans, ils furent heureusement combattus par la diète, les saignées, tant locales que générales, les lavemens et les boissons émollientes. La malade sortit guérie, trois semaines environ après son entrée.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod suprà naturæ modum fuerit. *Sect.* 2, *aph.* 4.

II.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò, morbus fit. *Sect.* 7, *aph.* 65.

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

IV.

Quibus in febribus quotidiè rigores fiunt, quotidiè febres solvuntur. *Sect.* 4, *aph.* 63.

V.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

VI.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

ESSAI

N° 182.

SUR

LES SERVICES RENDUS PAR LA CHIMIE

AUX DIVERSES BRANCHES

DE LA MÉDECINE;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 13 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR L.-S.-B. IZARIÉ, de Saint-Sulpice-de-la-Pointe,

Département du Tarn;

Bachelier ès-lettres de l'Académie de Paris; Élève des hôpitaux militaires d'instruction de Lille et de Paris; Membre de l'Athénée médical de Montpellier et de la Société pharmaceutique d'émulation de la même ville.

Celui qui met au jour ses pensées pour faire briller ses talens doit s'attendre à la sévérité de ses critiques; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir a droit à l'indulgence de ses juges et de ses lecteurs. LA BRUYÈRE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Président.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers, *Examinateur.*	Gibert.
Baudelocque, *Examinateur.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Suppléant.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Piété filiale.

A MONSIEUR DE LAVALIÈRE,

Ancien Capitaine de vaisseau ; Chevalier de l'ordre royal et militaire de Saint-Louis.

ET

A MONSIEUR LE COMTE DE GRAVE,

Sous-Intendant militaire ; Chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur.

MESSIEURS,

En vous adressant l'hommage de mon travail, je n'ai pas eu en vue d'en relever le prix, ni de voiler ma faiblesse en le couvrant de votre nom : un sentiment moins intéressé m'anime ; mon unique désir est de publier hautement que les bontés dont vous m'avez honoré m'unissent à vous par les liens d'une gratitude éternelle.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

COUTANCEAU ET BOUSQUET,

Membres de l'Académie royale de médecine.

Hommage de reconnaissance.

L.-S.-B. IZARIÉ

AVANT-PROPOS.

Frappé des services nombreux que la chimie a rendus et rend encore tous les jours à la médecine, j'avais formé le projet de montrer combien l'étude en est utile au médecin. Pour remplir convenablement cette tâche, il serait nécessaire de passer en revue toutes les applications qu'on a faites de la chimie aux diverses branches de l'art de guérir, et établir en même temps le parallèle des erreurs que l'enthousiasme pour une science féconde en résultats a fait commettre avec les services incontestables qu'elle a rendus. Un pareil travail offrirait sans doute, dans l'état actuel de la science, un grand intérêt; mais le sujet est trop vaste pour être traité dans les limites ordinaires d'une thèse; il demande d'ailleurs des connaissances et une habitude d'écrire dont je ne me crois pas doué.

Je me bornerai donc à présenter à mes juges, pour mon dernier acte probatoire, un tableau rapide ou plutôt une énumération succincte des secours que les sciences médicales empruntent à la chimie. Trop heureux si, en me restreignant ainsi, je parviens à les convaincre que j'ai su apprécier tout ce que la médecine doit déjà à la chimie, et surtout ce qu'elle peut en attendre pour l'avenir!

J'examinerai successivement les services rendus, 1°. à l'anatomie, 2°. à la physiologie, 3°. à la pathologie, 4°. à la matière médicale et à la thérapeutique, 5°. à l'hygiène, 6°. à la médecine légale.

Telle est la marche suivie par M. le professeur *Orfila*, dans son article *Chimie* du Dictionnaire de médecine; je l'ai adoptée comme la plus propre à faire ressortir et classer méthodiquement ce qui appartient à chaque partie de l'art de guérir dans les diverses applications qu'elles font de la chimie.

ESSAI

SUR

LES SERVICES RENDUS PAR LA CHIMIE

AUX DIVERSES BRANCHES

DE LA MÉDECINE.

ANATOMIE.

En consultant la dissertation de M. le professeur *Duméril*, sur l'art d'étendre et de perfectionner l'anatomie, l'on voit combien la chimie a été utile à l'anatomiste, et combien elle peut l'être encore davantage. C'est à elle qu'il doit de pouvoir sans difficulté suivre, dans le tissu osseux, le trajet des nerfs et des artères injectées. C'est par elle, et d'après la belle découverte de M. *Darcet*, qu'on parvient à éliminer des os toutes les substances calcaires qui entrent dans leur composition, laissant la gélatine, autre partie constituante, parfaitement isolée et sous la même forme qu'avait l'os avant l'opération. Dans cet

état, après dessiccation, il est transparent, et peut être conservé indéfiniment pour l'étude. La simple immersion de l'os dans l'acide hydrochlorique affaibli pendant quelques jours suffit pour produire cet admirable changement.

Les changemens opérés par la réaction des élémens des corps organisés sous l'influence de l'eau, d'une certaine température et de l'air atmosphérique, permettent à celui qui se livre aux recherches anatomiques de donner par ce moyen du développement à certaines parties, et de les séparer d'autres tissus auxquels elles pouvaient être associées, procédé fondé sur le degré différent d'altérabilité de ces tissus. C'est ainsi que l'on isole des membranes, que l'on prouve la continuité ou non continuité des parties; que l'on détermine la structure des organes, et que l'on prépare les pièces d'ostéologie pourvues de leurs cartilages, leurs ligamens et leurs membranes.

Si l'on emploie certains agens que la chimie indique avec précision, l'on parvient, lorsque ces agens sont bien appropriés au cas, à détruire le tissu des organes parenchymateux au milieu desquels se trouvent leurs vaisseaux injectés, et l'on peut alors distinguer la distribution de ces derniers. La nature de l'organe, dans les différentes circonstances, doit guider dans le choix des substances corrosives dont on fait usage. L'on peut voir que l'anatomiste a, dans les réactifs chimiques, bien étudiés dans leurs effets, une multitude de moyens d'étendre ses recherches. C'est ainsi que la plupart des sels avivent la couleur rouge des muscles; que, par l'ébullition, on affermit les vaisseaux, les nerfs et toutes les parties albumineuses; qu'au moyen de cette opération, l'on dissout les organes blancs et gélatineux; que les parties membraneuses acquièrent de la consistance par leur macération dans une solution de tannin dans l'eau; que les alcalis, les savons se chargent facilement de la graisse, et surtout de celle qui suinte à la longue des squelettes les mieux préparés; que les acides faibles dissolvent les organes fibrineux; que quelques-uns de ces acides séparent la partie gélatineuse des os de leur substance calcaire; enfin l'usage du chlore, soit à l'état de gaz, soit à l'état de

chlorure d'oxyde, est un puissant moyen pour désinfecter les salles de dissection, pour empêcher la putréfaction des cadavres ou la faire disparaître lorsqu'elle existe déjà, pour rendre les nerfs plus visibles, donner au cerveau de la blancheur, de la consistance sans resserrer les fibres, et le conserver long-temps sans altération. L'usage de ce précieux agent peut aussi faciliter l'étude de l'anatomie comparée, en permettant la dissection des chairs molles et muqueuses des poissons, des substances glaireuses, des vers, etc., qu'on pourrait n'effectuer que dans quelques instans trop courts, vu la grande tendance de ces matières à la putréfaction.

Si l'art d'injecter les cadavres a été de nos jours singulièrement perfectionné, n'est-ce pas à la chimie qu'on doit en rapporter tout le mérite? C'est cette science qui nous a appris à colorer les injections gélatineuses avec des couleurs broyées à la gomme, les injections grasses d'oxyde métallique triturées avec l'huile; c'est elle qui nous a enseigné que le dissolvant naturel des substances mucilagineuses est l'eau; que l'alcohol, la graisse, l'huile, s'unissent aux baumes, au suif, à la cire; que le caoutchouc doit être dissous dans l'éther ou les huiles volatiles; qu'on peut donner une consistance plus grande aux injections gélatineuses par une immersion de plusieurs jours dans une solution de tannin, formant alors un corps nouveau insoluble et imputrescible.

Depuis sa naissance, qui remonte aux temps les plus reculés, l'art des embaumemens a toujours, selon les peuples, la nature du sol et du climat, consisté dans l'emploi de moyens agissant chimiquement sur les cadavres; c'est ainsi que les Égyptiens obtenaient des momifications qui ont bravé les siècles, en remplissant d'aromates les cavités du corps humain, ou en exposant les cadavres sur du charbon et les recouvrant de sable. Les Scythes enveloppaient les corps d'une croûte de cire, les Éthyopiens les entouraient de plâtre, les Groënlandais les abandonnent à la température glaciale de leur pays, qui les durcit et les conserve; les habitans de la Floride les dessèchent près d'un grand feu, et les conservent dans des niches pratiquées dans des

murs. Dans toutes ces opérations, l'on ne peut voir que des moyens différens, plus ou moins parfaits et rationnels, mais toujours chimiques, propres à arrêter la décomposition des corps, en les soustrayant à l'une des trois causes dont le concours est indispensable pour qu'elle puisse s'effectuer; savoir : un certain degré de chaleur, de l'air et de l'humidité. Une de ces conditions ôtées toute putréfaction cesse, et l'on remarque que tous ces moyens de conservation reposent tantôt sur le froid, tantôt sur l'absence de l'air, tantôt sur la dessiccation. De nos jours même, agissons-nous différemment, si ce n'est en privant les matières animales de l'une des conditions que nous avons énumérées, ou en formant avec elles de nouvelles combinaisons. C'est ainsi que l'alcohol, quelques acides végétaux, la chaux, l'hydrochlorate de soude, agissent en s'emparant de ces matières; que le deutochlorure de mercure, le persulfate de fer, l'arsénic, forment avec les tissus animaux une véritable combinaison, si avantageuse pour les momifications des corps. C'est de la même manière, comme je l'ai déjà dit, qu'agit le tannin avec la gélatine dans le tannage des peaux. La conservation des substances végétales et animales, par le procédé de M. *Appert*, repose aussi sur leur privation d'air atmosphérique. On ne peut guère expliquer l'action des aromates, résines, baumes, bithumes, etc., que par la combinaison de quelques-uns de leurs principes avec les tissus organisés. Enfin, pour terminer le tableau des avantages que l'anatomiste peut retirer de la chimie, il suffit de savoir que celui-ci peut, selon qu'il veut conserver les tissus à l'air libre ou dans des liquides, varier ses réactifs, comme le prouve la conservation du cerveau et des nerfs dans l'alcohol rectifié ou l'acide hydrochlorique affaibli; celle des os avec leurs ligamens, dans les liqueurs acides; celle des muscles, dans l'alcohol ou les solutions salines, etc. C'est encore sans étonnement qu'il verra les végétations salines produites dans l'intérieur des pièces anatomiques, la couleur jaune donnée par l'acide nitrique, la propriété racornissante des sels, etc., etc., etc.

Les propriétés chimiques seront, dans un grand nombre de cas,

des caractères au moyen desquels l'anatomie générale pourra distinguer les tissus qui composent le corps humain. C'est par son secours qu'on ne confondra plus la fibre élastique du système circulatoire, des canaux aériens, des ligamens jaunes des vertèbres avec le tissu ligamentaire ; car, si leurs caractères apparens présentent quelque analogie, leurs propriétés chimiques diffèrent essentiellement. C'est par la chimie que M. *Chevreul* nous a appris que la graisse ne pouvait être considérée comme un principe immédiat, mais bien comme la réunion de deux principes, l'élaïne et la stéarine ; c'est enfin l'analyse chimique seule qui nous donne ou pourra nous donner des notions précises sur les humeurs du corps humain. Déjà elle a démontré dans le sang des principes, tels que l'urée, que l'on croyait être le produit de sécrétions, et l'on conçoit combien peut être féconde en résultats une pareille découverte. La gélatine et l'albumine trouvent, dans l'acide hydrochlorique concentré, un réactif puissant pour les faire distinguer l'une de l'autre. La première se colore en bleu ; tandis que l'autre, si elle est pure, ne change point de couleur.

Enfin, l'analyse des altérations pathologiques éclairera l'anatomie morbide, et ce genre d'examen donnera souvent des caractères différentiels. Par elle, nous apprécierons la dégénérescence graisseuse d'un muscle, les altérations morbides de la bile, du lait, de la salive, de l'urine. Il ne sera plus permis de considérer comme un transport du lait le liquide blanchâtre et floconneux que fournit souvent la séreuse abdominale dans son inflammation chez les nouvelles accouchées. Il sera impossible de confondre le gras des cadavres avec la cétine et la cholestérine, puisque nous saurons que c'est un oléate et un margarate ammoniacal.

PHYSIOLOGIE.

Enthousiastes de la chimie, des auteurs, d'ailleurs justement célèbres, se sont laissés entraîner à de graves erreurs dans l'application des lois purement chimiques aux phénomènes de la vie. C'est ainsi

que tour à tour se sont succédées des théories plus ou moins spécieuses des fonctions de la digestion, de la respiration, de la chaleur animale. Mais s'il est vrai de dire, comme l'a si logiquement prouvé M. le docteur *Coutanceau* (1), que la plupart des fonctions ne sont pas subordonnées à des phénomènes essentiellement chimiques, mais bien à des lois vitales qui modifient toujours les premiers lorsqu'ils existent, il est juste au moins d'avouer, avec tous les physiologistes, que la chimie a rendu et doit encore rendre de grands services à la physiologie, tant que ses applications seront bornées à l'explication des résultats et non des causes des phénomènes de l'organisme animal. Elle seule, en effet, a pu ou pourra nous apprendre rigoureusement la composition des divers solides et fluides de l'économie, leurs variations selon l'âge, le sexe, les climats, les saisons et toutes espèces de circonstances accidentelles; les changemens successifs de composition éprouvés dans l'économie par les substances alimentaires diverses, depuis leur entrée jusqu'à leur sortie; les voies plus spécialement destinées à l'introduction de tel ou tel principe, et ensuite à son évacuation; la possibilité ou l'impossibilité de certains organes de se suppléer dans quelques circonstances pour l'admission ou l'éjection des élémens chimiques de nos fluides ou de nos solides: en admettant comme prouvé, contre l'opinion de quelques hommes célèbres, que les élémens qui constituent le corps humain sont tous introduits par quelques-unes des voies naturelles et ne se forment jamais par la seule puissance de l'organisation; enfin, l'influence des conditions physiques, des alimens, des boissons, de l'air, etc., sur l'économie vivante.

Si nous ne pouvons pas avouer aujourd'hui que la chimie ait expliqué, de manière à ne pas permettre d'objections, la plupart des fonctions de l'économie, du moins devons-nous être assez justes pour reconnaître qu'elle a éclairé la transformation du sang noir en sang

---

(1) Révision des doctrines chimico-physiologiques.

rouge par l'oxygène de l'air; que, sans rejeter l'influence nerveuse dans la calorification, elle a pu contribuer, sinon à assurer, du moins à rendre probables les causes de la chaleur animale. Elle nous a révélé ce qu'offrent de chimique les digestions stomacale et duodénale dans la réaction des sucs gastrique, biliaire, pancréatique, sur la masse alimentaire; qu'elle a fait connaître ce qu'il y a de positif dans l'acte de la respiration, comme la soustraction d'une portion de l'oxygène de l'air et la formation d'une certaine quantité d'acide carbonique dont se trouve augmenté celui contenu dans l'air inspiré.

La découverte de l'urée, de la bile dans le sang, semble promettre de jeter, plus tard, un grand jour sur les sécrétions, que nous connaissons encore trop peu.

Enfin il peut être permis de présumer que la chimie est destinée à compléter de plus en plus les faits propres à résoudre le problème de l'économie vivante en déterminant beaucoup mieux qu'on l'a fait jusqu'ici par l'expérience, 1°. quelle est la modification qu'apporterait sur la composition chimique des solides et des liquides de notre corps un régime purement végétal ou animal; 2°. quelle est l'altération successive des alimens depuis leur mastication jusqu'à leur séparation en chyle et en excrémens; 3°. quel est le degré de confiance que l'on doit accorder aux opinions de M. le professeur *Richerand* sur le suc gastrique, et de *Fourcroy* sur la composition et les usages de la bile; 4°. quelles propriétés peuvent donner aux urines et autres sécrétions les acides, les alcalis, les ferrugineux, etc.; 5°. quelle est la composition des gaz intestinaux, et si les idées de *Jurine* sur leur formation sont exactes; 6°. si le sang contient tout formés les fluides des sécrétions; 7°. si la couleur du sang est due à une propriété physique de ce liquide indépendante de sa composition chimique, ou à la petite quantité de fer que quelques chimistes y ont trouvée; 8°. si le sang veineux des divers organes sécréteurs offre des différences suivant la nature des fluides sécrétés; 9°. quelles sont celles qui peuvent exister entre le sang artériel et veineux, et celui-ci et le sang du système de la veine-porte; 10°. quelles sont les substances chimiques

admises ou refusées par les vaisseaux chylifères ; 11°. si la silice, quoique rencontrée dans la composition des calculs urinaires, se trouve habituellement ou accidentellement dans l'économie, et quels fluides lui servent de véhicule; 12°. quelle est la nature précise de la lymphe et du chyle; 13°. quels sont les corps qui se forment dans l'acte de la respiration et où s'opère leur formation; 14°. jusqu'à quel point la nutrition et la sécrétion peuvent concourir au développement de la chaleur animale; 15°. si la peau, comme le pense MM. *Alibert, Jurine, Milli, Tingry*, est un organe supplémentaire des poumons dans l'absorption de l'oxygène de l'air et l'exhalation d'acide carbonique ; 16°. si la sueur peut quelquefois suppléer les reins pour l'évacuation des matériaux des urines, comme peut le faire croire la découverte de l'urée dans le résidu de la sueur du cheval et les sueurs salines signalées par *Heller* ; 17°. quelle est l'influence des passions sur la nature chimique des fluides sécrétés ; 18°. quelle est la nature de l'acide libre des urines ; 19°. quelle différence de composition elles offrent pendant l'enfance, l'âge adulte, la vieillesse, dans la grossesse, la lactation ; 20°. quel est le rapport qui peut exister entre certaines conditions physiologiques et la nature de la plupart des fluides de l'économie ; 21°. si les proportions de sérum et de phosphate calcaire sont plus grandes dans le lait à mesure que la grossesse approche de son terme ; 22°. quelle est la différence qui existe entre les principes de la liqueur séminale aux divers âges de la vie ; 23°. quelle est la composition de la liqueur prostatique et son analogie avec les autres fluides de l'économie.

Je sais bien qu'un grand nombre de médecins chimistes ont cherché par leurs travaux à résoudre les diverses questions que je viens de signaler, mais toutes ne l'ont pas été, peut-être, fort heureusement ; aussi, pour que la chimie achève de les éclairer de ses lumières, est-il indispensable que les expériences de ces médecins soient souvent et souvent répétées, qu'on ne s'empresse d'en tirer des conséquences et faire des applications que lorsque les résultats seront rendus positifs par leur nombre et leur similitude.

PATHOLOGIE.

Comme pour la physiologie, les applications de la chimie à la pathologie ont été long-temps exagérées ; aussi vit-on se succéder dans la science des divisions chimiques des maladies basées sur l'idée que leurs auteurs s'étaient faite des causes qui les avaient produites. Les travaux nosologiques de *Paracelse*, *Willis*, *Sylvius*, *Boërhaave*, etc.. ne purent long-temps supporter l'examen des médecins observateurs, et ce que ces auteurs avaient cru avoir le mieux établi fut bientôt mis au rang des hypothèses. Après l'apparition de la chimie pneumatique, le professeur *Baumes*, de Montpellier, créa aussi un système nosologique entièrement chimique, reposant si peu sur un ensemble imposant d'analyses chimiques et d'observations pathologiques, que peu de temps après sa naissance il fut lui-même forcé de publier qu'il regardait son ouvrage comme un enfant illégitime.

Ce que nous venons de dire sur la difficulté d'établir une classification chimique exacte des maladies ne doit point porter à penser que la chimie n'ait été et ne soit d'aucun secours à la pathologie ; elle peut souvent éclairer sur l'étiologie des maladies, et fournir même des caractères rationnels, quelquefois pathognomoniques sur certaines affections. C'est ainsi, par exemple, que dans une asphyxie par gaz, elle pourra nous indiquer exactement la cause de la maladie ; elle nous a appris aussi à distinguer le lait d'avec la matière des lochies, si long-temps confondus ; elle a fait disparaître l'erreur des médecins des derniers siècles, qui attribuaient les maladies des femmes en couches à la métastase ou l'épanchement du lait ; elle nous a donné des caractères tranchés pour distinguer le pus de la phthisie pulmonaire d'avec le mucus catarrhal des bronches ; elle a constaté la plus grande abondance d'azote et la moins grande quantité d'oxygène de l'air expiré dans les maladies où la respiration est gênée ; elle a montré à M. *Clarion* la présence de la bile dans les liquides et les tissus

des ictériques; elle a mis hors de doute, dans des circonstances pathologiques, la nature des matières rendues par le vomissement; elle a enseigné à distinguer dans les maladies la nature acide ou alcaline de la sueur; elle nous a donné des travaux assez nombreux sur la composition des urines, dans l'état normal et dans l'état de maladie, pour permettre d'apprécier les modifications qu'elles éprouvent dans les affections nerveuses, inflammatoires, goutteuses, calculeuses, diabétiques, etc.; et pour apprécier à leur juste valeur ses services dans ces deux dernières maladies, il suffit de savoir que le médecin peut aujourd'hui assez exactement, par l'absence de tels ou tels principes dans l'urine, diagnostiquer une néphrite calculeuse; qu'après avoir trouvé les signes rationnels d'un calcul dans la vessie, il peut prédire avec presque certitude la nature de ce calcul d'après l'analyse des urines, dans lesquelles il aura constaté l'absence de tel ou tel principe qui s'y trouve dans l'état normal, d'où l'on peut conclure que ce principe forme la couche actuelle du calcul. M. *Vauquelin* s'est bien rarement trompé d'après cet indice. La présence du sucre dans les urines des diabétiques permet au médecin de distinguer cette maladie de la phthisurie non sucrée, et l'analyse peut aussi le faire prognostiquer favorablement, lorsque les urines tendent à reprendre leur état normal. Le rachitisme a été mieux apprécié par les secours de la chimie, puisque celle-ci a démontré que dans cette maladie les urines contenaient quelquefois des quantités de phosphate calcaire en rapport avec le degré de ramollissement des os.

Sans m'attacher davantage à faire ressortir les services que la chimie a rendus à la pathologie, services que je suis loin d'avoir tous signalés, il est permis de croire que de nouveaux travaux ne pourront qu'amener de nouvelles applications. Cette vérité est si bien sentie aujourd'hui, que l'Académie royale de médecine, dans sa section de pharmacie, vient de proposer, pour sujet de prix de 1830, *l'analyse du sang d'un ictérique, par comparaison avec celui d'une personne en santé, et d'en établir la différence chimique.* Cette société savante engage les concurrens à chercher à résoudre la question, dans le cas de maladie,

chez l'homme où les fonctions des organes sont suspendues, troublées ou ralenties.

S'il pouvait m'être permis d'exprimer ma pensée sur l'utilité des analyses chimiques des humeurs de l'économie dans l'état pathologique, j'avouerais que des travaux nombreux, exactement faits et souvent répétés, surtout sur le sang, dans presque toutes les maladies, me semblent devoir beaucoup éclairer la pathologie.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.

En considérant la matière médicale comme ayant pour but la connaissance des médicamens, de leur préparation et de leur mode d'administration, il est facile de s'apercevoir combien elle s'est enrichie des lumières de la chimie, surtout depuis la dernière moitié du dix-huitième siècle, époque à laquelle elle s'est constituée une véritable science. C'est par la chimie qu'elle a pu mettre à la disposition du médecin un grand nombre de médicamens d'une utilité éprouvée. Parmi les corps simples, le soufre, le fer, le mercure, le phosphore, etc.; parmi les composés, les sels à base minérale ou végétale, les acides de toute espèce, les oxydes métalliques, les sulfures, les chlorures, les iodures, etc., trouvent assez souvent leur emploi pour être considérés comme de véritables richesses acquises par la chimie à la matière médicale. Il suffit aussi de nommer l'alcohol, les éthers, les alcalis végétaux, pour rappeler au médecin autant de services rendus à la matière médicale. Mais ce n'est pas là que s'arrêtent les avantages qu'elle procure; elle nous donne des eaux minérales factices, dont l'usage, si répandu aujourd'hui, témoigne hautement en faveur de leur efficacité; elle modifie, en les isolant, les principes immédiats des végétaux et des animaux, de manière à les rendre plus ou moins actifs; aussi, par ce moyen, le médecin trouve-t-il dans l'opium, par exemple, des médicamens jouissant de propriétés diverses, mais particulières à chacun d'eux.

Ce qui est à la disposition des hommes excite leur cupidité. Comme

spéculation, les médicamens, soit simples, soit composés, éprouvent souvent des sophistications; le médecin pourrait alors être trompé dans son attente; mais avant de les employer, il peut trouver dans la chimie les moyens de dévoiler la fourberie, et de marcher ainsi d'un pas plus assuré. C'est ainsi que des moyens chimiques, toutefois simples, le mettront à même de reconnaître les substances assez nombreuses avec lesquelles on falsifie le sulfate de quinine, précieux médicament, que la chimie, de nos jours, a mis à la disposition de la médecine; l'opium, l'émétique, le musc, etc.

La conservation des médicamens est encore un objet fort important, et ici nous ne parvenons à ce but que par le secours de la chimie: car, en effet, elle nous enseigne que la propriété déliquescente de l'acétate de potasse nous fait une loi de le conserver à l'abri de l'humidité atmosphérique; que la solution aqueuse de chlore, le sulfure d'antimoine hydraté, l'hydrochlorate d'or, sont altérés par leur exposition à la lumière, etc.

Parmi les services éminens que la chimie a rendus à la matière médicale, on doit compter le soin qu'elle a pris de rayer de son catalogue ces plantes et ces subtances inertes autrefois si nombreuses; on doit ranger la connaissance qu'elle nous a donnée de l'identité de nature d'un grand nombre de composés minéraux regardés comme distincts parce qu'ils portaient des noms différens, ou qu'ils provenaient de différentes substances; d'avoir fait connaître avec précision la nature chimique des médicamens réellement actifs; d'avoir simplifié son étude et son langage, de l'avoir rappelée à cette simplicité, à cette réserve avec lesquelles elle marche aujourd'hui, en attendant que des lumières plus étendues et plus précises sur les effets de certaines substances puissent augmenter nos ressources thérapeutiques.

La chimie a encore en matière médicale une utilité pratique fort grande, je veux parler de l'art de formuler. Le médecin, en ignorant l'action chimique des corps, devra toujours craindre d'obtenir des résultats souvent contraires à ceux qu'il attend, ou d'être taxé

d'ignorance par les pharmaciens chargés d'exécuter ses prescriptions ; et pour venir à l'appui de cette assertion, je rapporterai quelques faits dont j'ai été témoin : un docteur en médecine de ma connaissance, ayant un jour prescrit une potion purgative dans laquelle, entre autres substances, entraient le tartrate de potasse neutre et le tamarin, jugea à propos de venir chez le pharmacien qui l'avait préparée, lui faire de vifs reproches sur ce que, par le refroidissement, cette potion laissait, disait-il, précipiter une poudre blanche. Quelques explications données au docteur par le pharmacien, sur les phénomènes dont il se plaignait, suffirent pour lui faire apprécier son erreur.

Dans une autre circonstance, un médecin prescrivit un collyre avec la décoction de noix de galle et le sulfate de fer. La couleur noire du médicament valut, en ma présence, au pharmacien qui l'avait préparé, des reproches qu'il ne lui fut pas difficile, en présence de plusieurs personnes, de faire retomber sur le médecin.

Peu de temps après, un accident bien autrement important par ses résultats fit bien mieux ressortir à mes yeux la nécessité des connaissances chimiques dans l'art de formuler. Un médecin prescrivit la tisane sudorifique de *Vigaroux* avec le sulfure d'antimoine, le surtartrate de potasse et les autres substances qui la composent ; il négligea de désigner le brou de noix qui entre dans la recette de l'auteur, dans l'idée que cette substance devait être peu importante dans la composition du remède. Le pharmacien prépara fidèlement la tisane d'après la formule du médecin, et le malade qui la but fut empoisonné par la grande quantité d'émétique qui s'était formé, et qui ordinairement était décomposé par le tannin du brou de noix. Heureusement qu'on parvint, quoique avec beaucoup de peine, à sauver les jours du malade, qui avaient été si gravement compromis. De pareils faits n'ont pas besoin de commentaires, et démontrent évidemment l'indispensable nécessité où est le médecin d'avoir des connaissances chimiques suffisantes sur la réaction des corps, lorsque dans sa formule il en réunit plusieurs.

La partie de la médecine qui est relative au traitement des maladies reçoit aussi des lumières de la chimie : car, dans l'action toute chimique de certains poisons sur nos tissus, le médecin en arrête les effets par l'administration d'agens capables de neutraliser les propriétés de la substance vénéneuse. C'est ainsi que, dans les empoisonnemens par les acides minéraux, les alcalis, la solution savonneuse agissent comme de véritables antidotes, tandis que les acides arrêtent les effets caustiques des alcalis. De même, l'action de l'ammoniaque est incontestable pour neutraliser l'action de la vapeur d'acide hydrocyanique, celle du chlore pour l'acide hydrosulfurique. Les empoisonnemens par l'opium étaient, jadis, traités par le vinaigre; la chimie a appris que cette pratique était plutôt nuisible qu'utile; puisque le vinaigre facilitait l'absorption du poison. Le bi-chlorure de mercure perd dans son contact avec une certaine quantité de solution albumineuse toutes ses propriétés malfaisantes; et les sels de cuivre, également par le même réactif, mais en plus grande quantité, passent à l'état de composés entièrement inertes sur l'économie. Le tannin forme avec l'émétique un composé qui n'a plus les propriétés toxiques de ce dernier, et qui par conséquent peut très-bien lui servir de contre-poison.

Dans une maladie malheureusement trop commune, la chimie a fourni des moyens de la prévenir ou de la combattre. L'emploi du bi-carbonate de soude, dans les calculs formés d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque a parfois été couronné de succès. L'eau en grande quantité ainsi que l'eau de chaux, n'ont pas toujours, dans le même cas, été sans utilité. On cite aussi des circonstances où l'acide nitrique affaibli et en boisson est parvenu à dissoudre des calculs de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Enfin, et pour terminer, je dois dire que les cautères actuels ou potentiels ne parviennent, qu'en vertu d'une action purement chimique, à empêcher l'absorption d'un fluide venimeux introduit dans l'économie.

L'HYGIÈNE.

Sous quelque point de vue que l'on considère l'hygiène, soit comme s'occupant de la santé individuelle, soit comme embrassant la connaissance de l'homme sain en société, nous verrons toujours la chimie rendre à cette science des services de la plus haute importance : la connaissance des choses dont l'homme use et jouit, et leur influence sur sa constitution et ses organes, sont aussi du ressort de la chimie, qui souvent dirige le médecin dans leur emploi. Quelques exemples suffiront pour mettre cette vérité dans tout son jour, et montrer combien peuvent être nombreuses les applications de la chimie à l'hygiène.

Tout le monde sait qu'après nous avoir fait connaître la composition de l'air atmosphérique et quelques-unes de ses propriétés, telles que sa pesanteur, sa faculté de varier en densité, en humidité, en température, etc., la chimie a permis à l'homme de l'art d'expliquer son action sur l'économie, et la modification qu'il apporte dans ses fonctions lorsqu'il est altéré. Ces connaissances sont du premier ordre dans l'application des lois de l'hygiène, puisque par elles le médecin s'explique combien il est utile à un habitant des villes, chez qui l'hématose se fait difficilement, d'aller dans une campagne ombragée d'arbres ornés de leurs feuillages, respirer un air rendu salubre par la quantité d'oxygène que les végétaux fournissent à l'atmosphère.

Lorsque, par l'exhalation des miasmes des végétaux ou des animaux en putréfaction, la viciation de l'air produit des maladies quelquefois fort dangereuses, il est facile au médecin, dans beaucoup de circonstances, quoique ne pouvant pas par l'analyse apprécier la nature de ces miasmes, d'en neutraliser l'action. Le chlore, agissant alors chimiquement, peut rendre les plus grands services pour assainir les hôpitaux, les lazarets, les amphithéâtres, les prisons, etc.

Si l'air est altéré par une diminution de son oxygène ou par son mélange avec d'autre gaz délétères ou non, la chimie nous dévoile ce mélange par les moyens eudiométriques ; et en nous révélant leurs pro-

priétés, nous donne aussi les moyens assurés de combattre leur action trop souvent funeste. Avec ces connaissances s'expliquent naturellement les phénomènes en apparence merveilleux de la Grotte du chien à Naples, ainsi que la plupart de ceux produits dans les souterrains, les fosses d'aisance, ou dans l'asphyxie par le charbon, par la formation de gaz plus ou moins nuisibles.

C'est encore à l'aide de ces connaissances que le médecin jugera du danger que présente pour la santé le voisinage de certaines fabriques, telles que celles d'acide sulfurique, de charbon animal, de bleu de Prusse, et qu'il pourra en conseiller l'éloignement.

La connaissance des alimens considérés sous le rapport hygiénique repose entièrement sur leur composition, et c'est à la chimie que nous devons de savoir la différence qui doit résulter, dans maintes circonstances, de l'usage d'un aliment azoté ou d'un aliment végétal, puisque c'est par elle que nous connaissons leur composition chimique. En général, la qualité des alimens comprend leurs propriétés digestibles, nutritives, stimulantes, leur cohésion, leur odeur, leur saveur, etc., et la chimie seule peut nous éclairer à cet égard.

Les falsifications opérées sur les alimens par la cupidité sont souvent funestes à l'homme, et les moyens les plus sûrs de les dévoiler sont offerts au médecin. C'est ainsi que les travaux de MM. *Orfila* et *Barruel* nous ont fait connaître les nombreuses substances employées à falsifier les farines, que ceux de M. *Deyeux* peuvent nous mettre à l'abri de l'usage des vins frelatés.

De cette énumération des applications des connaissances chimiques à l'hygiène, on voit que cette branche de la médecine n'est réellement une science que par la chimie, qu'elle lui rend des services de toutes espèces. On voit le médecin hygiéniste éclairé proscrire certains cosmétiques dans lesquels l'analyse chimique lui a démontré des substances nuisibles; nous le voyons donner de sages conseils sur le moyen d'éviter les empoisonnemens par les ustensiles métalliques qui servent au besoin alimentaire; enfin recommander l'usage de telle eau plutôt que de telle autre, en raison des substances qui entrent dans sa composition, etc.

MÉDECINE LÉGALE.

L'application des connaissances chimiques à la médecine légale est si évidente, que j'aurai peu à faire pour faire ressortir son utilité dans ce cas. Appelé par les magistrats à exercer d'honorables mais pénibles fonctions, le médecin légiste peut seul, dans maintes circonstances, leur fournir les moyens de faire une juste application des lois; à lui seul est quelquefois réservé de sauver l'honneur et les jours de celui sur la tête duquel est suspendu le glaive de la justice! L'histoire des empoisonnemens nous fournirait, au besoin, de grands exemples de ces vérités. Combien de fois, en effet, le médecin est-il parvenu à éclairer les magistrats sur la cause inconnue et suspecte de la mort d'un ou plusieurs individus par le résultat de l'examen chimique des substances rendues avant la mort ou trouvées dans le cadavre qui lui a été livré, alors que les altérations pathologiques ne pouvaient jeter aucune lumière sur les causes qui avaient donné la mort.

Quelque poison minéral que le médecin ait à rechercher, la chimie lui donne les moyens d'arriver à son but. C'est ainsi que le moindre atôme de mercure est décélé par un petit fil d'or recouvert incomplètement d'une petite bandelette d'étain en spirales; que l'acide hydrosulfurique fait apprécier des traces d'oxyde blanc d'arsénic; que la présence des préparations du cuivre est démontrée par l'ammoniaque ou l'hydrocyanate ferruré de potasse; que l'eau de chaux, le nitrate d'argent indiquent exactement l'acide oxalique; que l'acide hydrocyanique est facilement caractérisé par son odeur d'amandes amères, et par les produits bleus qu'il forme avec le persulfate de fer joint à la potasse et à l'acide hydrochlorique; que l'émétique est dévoilé par l'hydrogène sulfuré, etc.

S'il s'agit de déterminer la nature des poisons végétaux ou animaux introduits dans l'estomac pendant la vie, la chimie n'offre pas toujours au médecin chimiste les mêmes ressources, néanmoins elle lui

permet assez souvent d'arriver à son but, comme le prouve l'action de l'acide nitrique sur l'acétate de morphine.

Dans beaucoup de cas, il est nécessaire que le médecin commis par la justice l'éclaire sur la nature de certaines taches trouvées sur les vêtemens d'un accusé. La chimie seule lui donne les moyens, dans un cas de meurtre, par exemple, d'établir la différence des taches faites par du sang d'avec celles occasionnées par la rouille ou le citrate de fer, avec lesquelles on pourrait les confondre. Cette science va même plus loin maintenant, et, d'après la découverte récente de M. *Barruel*, une fois les taches de sang bien déterminées, elle peut lui permettre d'établir si le sang appartient à un homme, à une femme ou à un animal, et même à quelle espèce d'animal. C'est au moyen de l'acide sulfurique qu'il peut parvenir à ce but : cet acide agit alors en développant une odeur semblable à celle que répand l'animal pendant sa vie. Toutefois on ne doit considérer ces moyens que comme propres à mettre sur la voie de recherches susceptibles de fournir des preuves plus évidentes ; elles seules ne peuvent suffire pour éclairer la conscience au point d'affirmer en justice. L'odorat peut tromper.

Les taches de sperme, que dans quelques cas de médecine légale il peut devenir utile de déterminer, ne peuvent l'être que par des moyens chimiques.

Enfin, dans des maladies simulées, le médecin chimiste, au moyen de l'analyse de certains liquides ou solides évacués par les prétendus malades, peut s'éclairer quelquefois sur leur supercherie, pourvu cependant que l'adresse n'ait été poussée jusque-là où le chimiste ne peut plus la constater. Ce moyen pourrait surtout trouver son emploi dans les hôpitaux militaires, où l'opiniâtreté des soldats qui ont conçu le projet de se faire réformer est telle, qu'il ne reste souvent au médecin interressé à constater la ruse que l'emploi de moyens quelquefois incertains et toujours, en même temps, pénibles pour lui et douloureux pour celui qui les supporte.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* LORRY).

I.

Famem vini potio solvit. *Sect.* 2, *aph.* 21.

II.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Sect.* 2, *aph.* 7.

III.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Quibus in urinâ arenosa subsident, illis vesicæ calculo laborat. *Sect.* 4, *aph.* 79.

V.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naris sanguinem fluere, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 33.

VI.

Sanguine multo effuso, convulsio, aut singultus supervenions. malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

DE L'EXPÉRIMENTATION N° 183.

THÉRAPEUTIQUE,

ET DE L'APPRÉCIATION

DE LA VALEUR DES AGENS DE LA MATIÈRE MÉDICALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR P.-G. JOUSSET, de Belesme,

Département de l'Orne;

Élève de l'École pratique, première classe; ancien pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris.

.... Experientia fallax, judicium difficile....

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Suppléant.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque, *Suppléant.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage de mon attachement et de ma reconnaissance.

P.-G. JOUSSET.

VIRIS MAXIMÈ HONORATIS,

L. MAILFAIR,

Senectutis nosocomii (*les Ménages*) Directori;

ET

L. ROSTAN,

Inter saluberrimæ Facultatis illustrissimos adnumerando; nosocomii Senectutis (*Salpêtrière*) Medico, etc.

HAUD QUIDEM DIGNUM

HOCCE OPUSCULUM INAUGURALE

CUMULATISSIMÈ GRATIAM REFERENS,

P.-G. JOUSSET.

DE L'EXPÉRIMENTATION

THÉRAPEUTIQUE,

ET DE L'APPRÉCIATION

DE LA VALEUR DES AGENS DE LA MATIÈRE MÉDICALE.

Expérimenter un médicament nouveau, apprécier la valeur d'un remède sur l'action duquel les opinions sont en dissidence, découvrir un agent pour l'opposer à une maladie déterminée, est un problème difficile, à plusieurs inconnu, et pour la solution duquel les données manquent souvent.

L'homme, pour prolonger de quelques jours sa frêle existence, appela à son secours les trois règnes de la nature; mais parmi les agens qu'ils nous fournissent, les uns sont sans valeur appliqués à notre économie, les autres sont nuisibles, d'autres enfin sont utiles. Pour se reconnaître dans ce dédale, il n'est qu'un moyen, expérimenter. C'est par l'expérience que nous découvrons l'influence des agens sur notre économie dans l'état de santé ou dans l'état de maladie. Dans les premiers temps, la médecine ne fut qu'une science d'expérimentation. Les effets heureux ou malheureux des premiers remèdes que le hasard ou l'instinct naturel mirent entre les mains de l'homme souffrant, les inductions simples qu'il a dû tirer de la dif-

férente sapidité des matières alimentaires, ainsi que l'exemple des animaux domestiques, avec lesquels il vivait alors dans une société intime, lui ont successivement présenté des faits capables de fixer son attention ; et ces faits, à force de se multiplier, ont fini par constituer une des branches de la médecine qui a existé avant toutes les autres, la thérapeutique.

Dans les premiers âges, et encore du temps d'*Hippocrate*, elle fut simple, cette thérapeutique, comme les autres branches de la médecine; mais, plus tard, l'esprit de système envahissant la médecine, au lieu d'expérimenter, chose longue, pénible, difficile, on crut mieux faire de préjuger. Les dogmatiques de tous les pays et de toutes les écoles n'assujettirent plus leur thérapeutique aux vertus des drogues; ils imposèrent des vertus aux drogues. On est inondé des formules de certaines époques, lesquelles étaient supposées devoir guérir toutes les maladies. C'est sous l'influence de ces systèmes que furent encore inventées toutes ces préparations composées, qui, sous des noms insidieux, sous les dénominations absolues de *pectorales*, *stomachiques*, produisent souvent un effet inverse. Frappés des inconvéniens d'une telle méthode, et encouragés par l'exemple des sceptiques, quelques bons esprits sentirent le besoin de ramener la thérapeutique à l'esprit de son institution, de fonder ses principes sur les seules données de l'expérience. *Hérophile* et ses disciples, *Philinus* de Cos, et *Séraphion* d'Alexandrie, se firent les chefs d'une secte nouvelle, qu'on appela les *empiriques*, de *ἐμπειρία*, *expérience*. On ne devra pas confondre ceux-ci avec ces gens que l'opinion publique a justement flétris.

L'expérience et l'observation étaient, d'après les empiriques, les seules bases de la thérapeutique. Ils en reconnaissaient trois sources : le hasard, les essais entrepris, l'imitation ou l'analogie ; mais ils oublièrent, ou plutôt ils ne purent savoir que, pour expérimenter, il fallait connaître les maladies ; et on ne les connaissait pas suffisamment alors. La secte dégénéra de sa première institution et se perdit.

La philosophie de *Bacon*, qui voulait que les sciences naturelles ne

s'appuyassent que sur l'observation et l'expérience, ramena la méthode empirique dans la médecine. On l'appliqua avec persévérance à l'étude des phénomènes de la maladie, à la connaissance des propriétés des médicamens, et la médecine s'éleva enfin sur des fondemens plus solides. Mais si l'expérimentation dans les sciences physiques est en général aisée, parce que l'on agit sur un certain nombre de données que l'on connaît ou que l'on peut connaître, l'expérimentation thérapeutique est fort difficile, par la raison que les phénomènes de l'organisation sont beaucoup plus complexes, et quelquefois même ignorés; ou il arrive que certains phénomènes connus se compliquent de l'action de phénomènes inconnus dont il faut absolument tenir compte.

L'expérimentateur devra réunir certaines qualités : une érudition solide, beaucoup d'adresse et de dextérité; un esprit ingénieux et investigateur, capable de trouver promptement et à propos les moyens convenables pour arriver à la solution d'un problème proposé; une raison supérieure, un jugement sain, jamais dominé par une idée préconçue, pour apprécier à leur juste valeur chacun des phénomènes et en tirer des conséquences rigoureuses. Il importe qu'il s'abstienne de toute idée spéculative. C'est cet abus des théories qui a donné lieu à ces formules dont le texte seul est un contre-sens.

Les expériences, pour être concluantes, auront dû être répétées plusieurs fois, et avec des circonstances différentes. Les faits auront dû se reproduire avec identité, ou du moins une grande analogie. Des expériences faites avec beaucoup de soin et paraissant probantes, sont reconnues plus tard être de nulle valeur, ce qui démontre combien l'expérimentation est difficile. *Hippocrate* l'avait senti, lui, doué des qualités qui pouvaient amener une expérience à bonne exécution; il l'avait consigné comme maxime : *experientia fallax*. C'est principalement en revenant sur les moyens de traitement employés par les anciens que nous trouvons combien ils se sont trompés. Une réputation d'ancienneté n'est pas un titre à ma confiance; autrefois on était trop privé de moyens d'investigation. En examinant les opinions des

médecins arabes, par exemple, nous nous trouvons peu d'accord avec eux. Leurs méthodes de traitement, applicables à quelques cas, sont mauvaises dans mille; et aujourd'hui encore une maladie est traitée par des méthodes différentes, et les malades guérissent cependant. Que conclure de là? Que, de toutes ces méthodes, aucune n'est utile, et que le malade a guéri par le bénéfice de la nature; ou bien que plusieurs méthodes sont applicables à une même maladie. Mais si ces méthodes se trouvaient être opposées..... Une tentative isolée a par elle-même peu de valeur; elle peut cependant en acquérir, si on peut la rattacher ensuite à quelque expérience plus concluante. Voilà pourquoi on ne doit pas négliger les phénomènes qui, au premier abord, n'offrent qu'un intérêt de curiosité, parce qu'ils peuvent être l'origine, le point de départ des plus importantes découvertes. Tous les faits dans la nature ont une certaine liaison, des rapports intimes qui échappent à nos sens, ou qui ne se montrent que successivement. Un fait isolé et de peu d'importance peut devenir fécond en résultats. Le jeu d'un enfant est la source du perfectionnement de l'astronomie; l'invention de la boussole ajoute un monde nouveau à l'ancien; l'électricité n'est qu'un objet de curiosité, et *Franklin* commande à la foudre; des vaches portent aux mamelles des pustules de certaine espèce, et l'on trouve un préservatif contre une maladie décimant la population des deux mondes. Le hasard a fourni de précieux renseignemens à l'expérimentateur, et le médecin lui doit bon nombre de médicamens puissans; son habileté ne consiste souvent qu'à reproduire les faits qu'il lui a fournis, et à suivre la nature dans les actes où elle s'est trahie.

Quand un médecin a occasion de faire de nouvelles expériences, c'est surtout lorsqu'une maladie connue depuis long-temps résiste aux moyens employés jusqu'à ce jour, les maladies cutanées, par exemple; c'est lorsqu'au milieu d'une famille au désespoir, près d'un malade expirant, il se demande s'il a épuisé toutes les ressources de son art, s'il les a mises en usage à propos; c'est lorsqu'il se présente une maladie inconnue, ou bien connue dans un pays et

se modifiant en passant dans un autre; c'est lorsqu'un moyen puissant vient d'être découvert (ceux que la chimie moderne a fournis, certains alcalis végétaux, l'acide hydrocyanique, etc.); c'est lorsqu'il faut remplacer ceux que l'expérience a consacrés, mais qui manquent dans le moment.

Quand on fait une tentative, on peut beaucoup s'aider de l'analogie. Est-ce une maladie nouvelle que l'on veut traiter, on conclura d'après la similitude des phénomènes morbides. Par exemple, une maladie se manifeste par le type intermittent, on s'empresse de lui opposer le quinquina, dont l'action, contre les fièvres intermittentes, est merveilleuse. A une époque où nos relations avec les colonies furent interceptées, nous fûmes privés de beaucoup de médicamens produits d'un autre continent. On voulut leur trouver des succédanés indigènes, et l'on préjugea leurs vertus médicales par l'analogie des qualités physiques et des propriétés chimiques. Le tan, l'écorce de chêne, ayant de l'analogie sous beaucoup de rapport avec l'écorce péruvienne, furent employés, non sans succès, contre les fièvres intermittentes. Et la botanique nous enseigne que des individus groupés dans une même famille ont encore une grande ressemblance sous le rapport des qualités médicales. D'autres fois, on conclura de l'opposition des accidens et de la manière d'agir des remèdes, à un traitement et à des médicamens opposés. Nos prétendus remèdes stomachiques, pectoraux administrés dans des gastrites aiguës, des pneumonies intenses, aggravent ces maladies. On jugera donc qu'ils sont dans ce cas antistomachiques, antipectoraux. Vous savez la vertu de ces derniers, qui ont été éprouvés; d'autres n'ont pas été éprouvés, mais ils présentent de l'analogie de composition avec ceux-ci, ils sont spiritueux, amers, etc.; ils seront proscrits. Par analogie, vous prescrirez contre beaucoup de maladies cutanées le traitement avoué pour l'érysipèle, etc.

Le devoir de tout expérimentateur sera d'être sobre de conclusions. Supposons, ce qui peut arriver, qu'une drogue étant administrée à toute une salle de malades, tous guérissent. Dans la réalité, elle

aura pu être utile à quelques-uns, nuisible à plusieurs autres et indifférente au plus grand nombre. Dans la supposition que quelques-uns des malades en expérience soient morts, le sont-ils par l'effet de la maladie ou du genre de traitement? Regardera-t-on comme guéris par ce traitement tous les malades sortis? Ces conclusions diverses ne peuvent être rigoureuses. Beaucoup trop souvent en médecine, qu'il s'agisse des causes des maladies ou du traitement de ces maladies, nous en sommes au jugement : *Post hoc, ergo propter hoc.*

Pour avancer qu'une méthode de traitement est avantageuse, elle doit être répétée un grand nombre de fois, disons-nous. Le médecin l'appliquera dans sa pratique, soit en ville, soit dans les hôpitaux. Mais dans ces deux cas, il rencontrera deux genres de difficultés contre lesquels il se tiendra en garde; d'un côté, l'inexactitude dans l'observation des prescriptions; de l'autre, l'ignorance des malades pour rendre compte de leurs antécédens à l'entrée à l'hôpital et de leurs sensations sous l'influence d'un agent administré. En ville, les prescriptions ne sont presque jamais exécutées comme le médecin le voudrait. Que de négligence, que de petitesse, que de mauvaise foi dans la manière dont les gens du monde se soumettent aux conseils de leur médecin! Souvent aussi ils sont traversés dans leur confiance par leur inquiétude naturelle, et par celle de tous ceux qui les entourent. Le médecin qui exerce dans les hôpitaux a d'immenses avantages. Beaucoup de malades lui passent sous les yeux; ils sont à sa *merci* en quelque sorte; il les suit depuis le commencement jusqu'à la fin; et si ses efforts ont été infructueux, l'autopsie, souvent impossible en ville, lui révèle s'il a erré, pourquoi la nature a rendu ses tentatives vaines. Mais combien il doit se défier des renseignemens donnés par le malade! Ce dernier, ou bien exagérera son récit pour se donner un air intéressant, ou bien, par oubli, par fausse honte, par mauvaise foi, il omettra des renseignemens nécessaires, changera les dates; ou bien encore par ignorance, il ne pourra rendre compte des sensations qu'il éprouve ou qu'il ne remarque pas lui-même. Au moment où le médecin court après un renseignement important,

et qu'il se croit prêt à le saisir, il éprouve la disgrâce de voir que le malade ne l'a pas compris.

Quand le médecin veut apprécier la valeur thérapeutique d'un médicament, deux choses principales absorbent son attention : la connaissance de la maladie, comment le traitement employé s'opposera à la maladie. Mais on verra souvent un troisième élément venir déranger toute espèce de calcul ; c'est le malade qui se présentera, avec son tempérament originel, sa constitution actuelle, son âge, son sexe, ses humeurs, ses fibres, la susceptibilité de ses tissus, toutes les particularités, en un mot, qui le distinguent. Les dissemblances qui naissent de la disposition intime de chaque individu laisseront toujours éventuels les succès thérapeutiques ; elles ne permettront jamais que l'art de guérir ait des procédés arrêtés, certains, comme ceux des autres arts. La lésion pathologique est évidente ; l'action du remède doit l'anéantir ; mais le corps malade offre un fonds mobile, et tout ce qui s'exécute sur lui ne peut avoir de fixité.

Au milieu de ces difficultés, il est cependant des résultats auxquels on peut atteindre, des vérités qui se présentent et que l'on peut regarder comme démontrées. Ainsi l'on ne pourra nier que « parmi les « substances tirées des trois règnes de la nature, il ne s'en trouve « beaucoup qui apportent une modification, un trouble dans la po- « sition actuelle de l'homme malade. Une substance agira inégale- « ment selon qu'elle sera appliquée sur telles ou telles parties du « corps différentes par leur organisation. Les agens de la matière « médicale exercent une action directe sur les organes avec lesquels « ils sont en contact. Ils agissent localement ou sont absorbés. Leur « action s'exerce par le jeu des sympathies. L'habitude modifie « singulièrement leur action. Leur vertu s'exerce sur toute l'économie, « ou spécialement sur un système d'organe. Les médicamens ont une « action immédiate et une action consécutive. » Il en existe encore plusieurs autres ; mais celles indiquées vont nous fournir la matière de quelques réflexions succinctes.

Une drogue recèle une force virtuelle quelconque qui se produit par le contact d'une surface vivante, et dont l'exercice sur l'économie animale détermine des variations dans les mouvemens des organes et dans l'exercice des fonctions. L'expérience de tous les jours prouve que dans un état de maladie l'administration des médicamens amène des résultats favorables. Ces agens servent à combattre les lésions pathologiques, et à provoquer des mouvemens organiques utiles. On tâchera donc de remarquer les effets immédiats que la substance exercera sur l'organe malade, les phénomènes physiologiques qui en seront le produit; car si tout corps médicamenteux a la faculté d'exercer une impression sur les tissus organiques, de provoquer un changement dans l'état de leur vitalité, et par une suite nécessaire des modifications dans l'ordre, l'énergie, l'étendue des fonctions de la vie, souvent aussi ces résultats restent inaperçus et impossibles à déterminer.

Le praticien considérera la condition de la valeur physiologique de la surface sur laquelle il va appliquer un médicament. Les surfaces propres à l'application d'un agent peuvent être dans une disposition morbide; celle-ci modifiera nécessairement l'exercice de leur faculté absorbante. Une surface qui sera dans l'état de relâchement, qui aura perdu de sa vitalité, ne se comportera pas comme celle qui se trouvera plus chaude, plus sèche, irritée. Il peut arriver que le contact du médicament soit pénible pour l'organe qui le reçoit, et que ce contact provoque des mouvemens, des secousses qui détacheront la substance médicamenteuse, qui décideront même son expulsion. Une disposition générale particulière à certains individus peut contrarier les phénomènes de l'absorption. Ainsi M. *Magendie* a démontré que la pléthore ralentit la faculté absorbante; il a expérimenté aussi qu'une effusion de sang, qu'une déplétion des vaisseaux sanguins lui restituait aussitôt toute son énergie.

Lorsque le bon effet des médicamens auxquels on a recours émane d'influences sympathiques, il importe de considérer l'étendue de l'impression que ces agens font sur le lieu du corps qui les reçoit, d'étudier les relations que ce lieu entretient avec les prin-

cipaux appareils organiques. Toutes les surfaces ne sont pas également habiles à mettre en jeu les sympathies ; elles n'ont pas toutes des moyens également sûrs pour porter aux autres parties ces impressions qu'elles ressentent. On doit surtout examiner la disposition actuelle de celle que l'on choisit. Lorsque la sensibilité de la surface gastrique est affaiblie, les effets sympathiques des agens paraissent moins marqués et naissent avec plus de peine. Cette surface est-elle plus sensible, irritée, les effets sympathiques des médicamens se montrent plus prompts, et offrent beaucoup plus d'intensité.

Après quelque temps, le praticien trouve que l'habitude affaiblit l'action d'un médicament, et peut le rendre impuissant. Rien n'est changé relativement au médicament ; mais l'état vital des organes n'est plus le même, leur susceptibilité a été modifiée. Il faudra donc augmenter la dose du médicament progressivement, de manière à occasionner la même étendue d'action, la même intensité. Il est encore sage de suspendre de loin en loin l'administration des agens dont l'emploi doit durer plusieurs mois, afin que les organes ne deviennent pas, par l'habitude, insensibles à leur impression. Mais une surface peut cesser de sentir l'impression d'un médicament, sans que ce dernier ait perdu son pouvoir sur les autres, et une surface habituée à l'action d'un médicament conserve toute sa susceptibilité pour un autre de même nature. Ajoutons que nos organes n'anéantissent pas avec la même promptitude, avec la même facilité la force agissante de tous les médicamens. Les substances qui ont une propriété irritante conservent plus long-temps leur activité ; celles qui ont une vertu stupéfiante la perdent plus tôt. Avec la susceptibilité d'un organe cesse aussi l'action des molécules importées dans la masse sanguine. Toutes les fibres, tous les tissus organiques s'habituant eux-mêmes au contact de ces molécules qui leur arrivent avec le sang, ils ne sentent plus leur aiguillon. Le jeu des sympathies se détruit encore peu à peu. Quand les extrémités sentantes qui s'épanouissent sur une surface ne sont plus ébranlées par la présence d'un médicament, les communications nerveuses qui transmettaient au

loin la vertu de ce dernier paraissent rompues; l'emploi de cet agent ne provoque plus les mouvemens sympathiques qu'il avait coutume de produire.

On doit considérer deux effets distincts quand on emploie un médicament; l'effet qui résulte de son contact immédiat avec une surface, la surface gastrique le plus ordinairement, et ensuite l'effet médical dépendant des modifications apportées dans l'état malade. Son contact avec nos organes provoque le développement de sa force virtuelle; celle-ci se met aussitôt en exercice, et des changemens sensibles dans l'état actuel de la surface sur laquelle se trouve cet agent annoncent sa puissance. Bientôt, soit que les molécules de la substance médicinale pénètrent dans les canaux de la circulation, et que le sang les répande partout; soit que des communications sympathiques propagent aux autres parties l'impression que la surface éprouve, on voit ordinairement survenir des effets généraux : les actes de la vie suivent un autre rhythme, tous les appareils organiques prennent un autre ordre de mouvement. Ces changemens dans l'état actuel des organes, ces modifications dans leurs mouvemens, ce nouveau mode d'exercice imprimé aux fonctions de la vie, peuvent, dans un corps actuellement malade, occasionner quelques résultats importans. Ils contrarieront les efforts morbifiques, ils arrêteront leurs progrès, ils susciteront des efforts opposés qui deviendront salutaires. La maladie perdra de sa violence, de son intensité; on obtiendra une amélioration marquée dans la situation du malade.

Pour connaître la propriété d'un médicament, la méthode à suivre consistera dans l'examen et dans l'estimation des changemens qui se manifesteront dans chacune des fonctions de la vie après l'administration de cet agent et pendant qu'il soumet le système animal à son influence. L'ensemble de ces changemens donne les effets physiologiques. En rapprochant les modifications que chacun des actes de la vie offre de son exercice, pendant qu'un médicament agit sur le corps, on obtient une collection de phénomènes dans laquelle il est facile de

démêler un ordre qui les rattache les uns aux autres, qui coordonne le tout. On est conduit alors à considérer la médication comme une perturbation physiologique qui a son mode de développement, ses attributs propres, et dans lesquels on peut reconnaître un but.

Pour provoquer un mouvement dans l'économie animale, il faut que la dose du médicament soit suffisamment élevée pour que tous les tissus en ressentent la puissance. Si l'on n'administre qu'une très-faible quantité de substance médicinale, son action reste bornée à la surface qui la reçoit. Il y a donc des médications qui se passent tout entières sur l'endroit avec lequel le médicament se trouve en contact, et des médications générales qui embrassent tous les appareils organiques, qui se composent de phénomènes que l'on remarque sur tous les points du corps, dans l'exercice de toutes les fonctions de la vie. Une médication locale n'offrira donc qu'une modification dans l'état actuel d'une partie vivante, qu'une variation dans l'exercice d'une fonction.

Une cause qui donne aux médications locales une physionomie tout à fait distincte, c'est la dissemblance d'organisation des parties sur lesquelles on les provoque. Porté successivement sur l'œil, sur la membrane pituitaire, sur la surface bronchique, sur celle des voies intestinales, le même médicament fait naître des mouvemens, des efforts différens. Chacun de ces appareils répond d'une manière qui lui est propre à l'agression qu'il ressent; c'est l'endroit médicamenté qui détermine les effets des agens; voilà pourquoi ces effets ne sont plus les mêmes sur les parties qui n'ont pas une forme anatomique semblable, qui se composent de pièces différentes.

Les agens de la matière médicale peuvent faire éprouver des variations aux mouvemens naturels des appareils qui président aux fonctions essentielles à la vie. La médication générale comprend l'ensemble des mutations que le médicament provoque dans toutes les parties du corps. Il est d'ailleurs des symptômes majeurs dont on doit considérer avec un grand intérêt le développement et l'intensité pour en saisir les suites. Il en est d'autres qui sont presque insigni-

fians, et auxquels on doit peu s'arrêter. Ainsi un médicament excitant est administré, il stimule tous les tissus, accélère l'exercice de toutes les fonctions : par suite de la disposition actuelle de l'individu médicamenté, ou aidé par l'action d'une chaleur extérieure, la force de cet agent développe surtout la vitalité de l'organe cutané et une sueur abondante a lieu : ou bien, si c'est une femme, l'influence du médicament excitant sur l'utérus a déterminé l'écoulement des règles, etc. Ce dernier effet, tout important qu'il est, n'offre toujours qu'un symptôme isolé, détaché du tout physiologique auquel il appartient, qu'un produit qui doit être réuni aux changemens que l'on remarque en même temps dans les autres parties du système animal.

Quand une substance jouissant d'une grande force est administrée à dose trop élevée, elle produit des phénomènes nouveaux, un autre ordre de symptômes, et l'on ne retrouve plus dans le trouble morbide qu'elle suscite les effets qui caractérisaient sa médication quand on l'administrait à une dose plus faible. Ainsi quelques gouttes d'un acide minéral dans l'eau fournissent une boisson douée d'une propriété tempérante, et dont on se sert avec avantage pour réprimer l'ardeur fébrile ; mais lorsque l'acide est concentré, il a une action caustique qui donne lieu à des phénomènes bien différens. Son abord sur la surface de l'estomac désorganise les tissus qui composent ce viscère ; il cause une série d'accidens qui n'ont plus de rapports avec les effets qu'il provoquait lorsqu'il était médicament. La dose médicale et la dose pathologique ne peuvent être fixées d'une manière absolue ; elles varieront selon l'influence des saisons, des climats, des constitutions atmosphériques, du genre de nourriture dont on use habituellement, de la profession que l'on exerce, de l'âge, du sexe, du tempérament du malade, de l'état de sa maladie, etc.

Les symptômes de la médication se mêlent, se confondent avec ceux de la maladie. Il est impossible que l'action du médicament n'influe pas sur le développement, sur la marche, sur les attributs de l'affection morbide. Cet agent diminuera quelques accidens, ou il ajoutera à l'intensité de plusieurs autres, ou il produira surtout un

changement dans la disposition actuelle des tissus malades. La médication occasionnera une amélioration dans la maladie, comme elle pourra exaspérer sa violence. Or, ce changement, quelle qu'en soit la nature, donne toujours les effets secondaires des médicamens. Ces effets ne peuvent être nommés *curatifs*, parce qu'ils ne sont pas toujours favorables au malade. Le mot *curatif* emportant avec lui l'idée d'un amendement dans une affection pathologique, ne peut être appliqué à un effet secondaire que quand quelque chose d'utile le constitue. Mais si l'opération d'un médicament reste sans avantage marqué pour l'individu qui l'a pris, si surtout les changemens que cet agent a provoqués dans l'économie animale ont occasionné de nouveaux accidens, ont donné à la maladie un surcroît de vigueur, les suites de son action ne peuvent plus être qualifiées d'effets curatifs.

Les effets immédiats d'un médicament renaissent toujours avec fidélité chaque fois qu'on le met en usage. Constamment cet agent donne lieu à un mode de médication qui est lui et de la même espèce. Les phénomènes qu'il détermine pourront offrir une grande dissemblance dans leur intensité, se montrer très-prononcés sur un individu, et dessinés moins fortement sur un autre. Mais on reconnaîtra toujours que ces effets immédiats sont de la même nature, que cette médication se compose des mêmes élémens. Les effets immédiats d'un médicament, ou la médication qu'il détermine, n'ont pas besoin pour être la même opération physiologique, de représenter scrupuleusement et sans aucune exception les mêmes symptômes. Les appareils dont un état morbide change le mode de sensibilité, des organes dont les tissus ont éprouvé une altération plus ou moins étendue, plus ou moins profonde, ne peuvent répondre de la même manière à des impressions qui cependant restent identiques. De la part du médicament il n'y a point de variation, c'est la même activité qu'il produit, c'est une impression semblable qu'il fait; mais les organes qui sentent son action se trouvent dans des condi-

tions différentes, elle n'amène plus les mêmes résultats, quelquefois elle occasionne des mouvemens inaccoutumés, des phénomènes insolites. Toutefois le caractère du médicament que l'on emploie se reconnaît toujours, et le fonds des effets immédiats qu'il provoque reste le même. Les effets curatifs n'ont pas cette constance. On voit très-souvent le médicament qui passe pour le plus efficace dans un genre d'affections pathologiques, tromper l'attente du praticien, quelque soin que ce dernier mette dans son administration. Il arrive plus, au lieu de résultats favorables que l'expérience avait habitué à attendre d'un médicament, il peut fournir un produit tout opposé; le même remède, au lieu de soulager le malade, rendra son état plus grave; il augmentera la lésion pathologique, fera naître de nouveaux accidens. C'est cette instabilité des effets curatifs qu'*Hoffmann* signalait quand il a dit : « que le même médicament employé dans les mêmes maladies, avec les mêmes précautions, à la même dose, dans le même temps, fait du bien à l'un, devient inutile à l'autre, souvent nuit à un troisième. » Mais si les effets curatifs n'ont pas l'unité des effets immédiats, il faut convenir que souvent aussi on les voit comme se multiplier, lorsque dans la pratique de la médecine on fait usage des mêmes agens pharmaceutiques dans les maladies différentes. Aux yeux du praticien, chaque médicament semble alors réunir en lui un assemblage de vertus thérapeutiques; et c'est pour n'avoir pas suffisamment raisonné la valeur des médicamens que beaucoup d'auteurs de matière médicale ont écrit que telle substance qui n'est dépositaire que d'une propriété excitante, possède les vertus stomachiques, antiscorbutiques, vermifuges, béchiques, fébrifuges, apéritives, etc.

La sagacité du praticien lui fait connaître s'il doit compter sur le résultat thérapeutique qu'il espère. Elle rend pour lui plus ou moins probable l'amélioration qu'il cherche à obtenir en provoquant le mouvement que le médicament va déterminer. En thérapeutique, la probabilité prend un caractère particulier qui la fait sortir du calcul

ordinaire. Lors de l'administration d'un remède, l'espoir de réussir à réprimer ou à calmer les accidens de la maladie est surtout fortifié par la présence dans le corps malade de cette force intérieure qui veille à sa conservation, et qui dans les momens de trouble fait des efforts sans cesse renaissans pour rétablir la santé. Pendant qu'un médicament développe sa puissance, la nature, de son côté, cherche à s'aider des phénomènes organiques qu'il produit; car c'est elle qui effectue la guérison des maladies, qui décide du succès des moyens dont on se sert. Aussi voit-on les mêmes affections pathologiques céder à des traitemens très-différens et quelquefois opposés. Si les médicamens avaient reçu le don de guérir quelques maladies déterminées, il faudrait toujours prendre ceux qui jouiraient de cette faveur, et il n'y aurait qu'une manière de traiter ces affections semblables. L'art de guérir n'est pas soumis à cette régularité. Les praticiens, dans une même maladie, ne tiennent pas la même conduite. Les uns ont recours à des agens que les autres n'emploient pas : tous suivent des méthodes curatives particulières; et, chose remarquable, tous obtiennent des succès qu'ils apportent pour justifier leur pratique. Nous avons donné la solution de ce problème. C'est la nature et non point les médicamens qui, dans des affections pathologiques, rappelle les appareils organiques à leur condition normale. Les agens pharmaceutiques sont bien la cause occasionnelle de cet heureux résultat; ils le décident en excitant une modification salutaire dans l'état actuel des tissus malades; mais ce n'est pas d'une manière directe que ces agens ont rétabli le calme; et la cessation du désordre morbide n'était pas une suite obligée de la mise en jeu de leur propriété agissante. Aussi, de ce que deux maladies ont été guéries par le même moyen, on n'est pas autorisé à conclure qu'elles dépendaient des mêmes lésions.

C'est parce que les composés pharmaceutiques ne recèlent pas en eux une puissance spéciale pour guérir, que la dose et le mode d'administration des remèdes les plus renommés décident toujours

des succès qu'ils procurent. Il ne suffit pas que le malade prenne le médicament qui convient à son état, il faut encore que les effets immédiats de ce dernier aient une étendue, une intensité proportionnée à celle de la lésion ou du désordre pathologique que l'on veut faire cesser.

C'est par rapport aux avantages, aux améliorations qui surviennent après l'administration d'un composé pharmaceutique, que l'on peut surtout répéter, avec Hippocrate : *experientia fallax.* Depuis la naissance de l'art de guérir, on ne s'est servi des agens médicinaux que pour en constater les effets curatifs. Les observations, les essais se sont multipliés à l'infini. Qu'est-il résulté de cette multiplication innombrable de faits ? des discussions, des contradictions, des doutes ; et la matière médicale est encore une collection indigeste plutôt qu'une véritable science.

Quand on se représente le nombre d'affections pathologiques dans lesquelles la nature triomphe toute seule de la cause du mal, quand on réfléchit que nos parties vivantes ont une tendance spontanée à revenir à des mouvemens réguliers dès qu'elles s'en sont écartées, quand on est tous les jours témoin d'améliorations momentanées ou durables qu'il faut rapporter à l'influence du principe qui nous anime, comment peut-on espérer, après l'usage d'un médicament, de démêler toujours ce qui émane de son opération, et de distinguer ce qui appartient aux forces médicatrices ? Dans le cours d'une maladie, dont nous supposerons même la fin malheureuse, la nature ne se laisse vaincre qu'après de longs et fréquens combats. Comment opérer un départ exact du produit particulier de chacun des moyens que l'on a mis en usage pendant ces grands mouvemens ? Néanmoins il est des praticiens qui ne manquent jamais d'attribuer au médicament dont ils viennent de se servir tous les mieux, même passagers, qu'ils remarquent.

Il est une autre source d'erreurs. Pendant que les maladies parcourent leurs diverses périodes, combien ne survient-il pas d'amen-

demens qui sont causés par les circonstances hygiéniques qui entourent les malades ! La puissance de ces causes extérieures est très-forte, très-étendue, et le plus souvent elle reste inaperçue. Combien de fois n'a-t-on pas vu un changement dans la température de l'air, ou dans sa constitution hygrométrique, une nouvelle saison, le passage du malade dans un autre pays ou dans une habitation différemment exposée, la diète absolue, une nourriture inaccoutumée, des exercices journaliers, des émotions soudaines, des passions de l'âme, etc., devenir des moyens puissans de guérison? Chacune de ces circonstances, prise isolément, exerce sur l'économie animale un pouvoir qui égale au moins celui des agens pharmacologiques. Elles ont souvent, seules, procuré des succès thérapeutiques qui feraient la réputation d'un médicament auquel on les attribuerait ; mais réunies et agissant d'une manière méthodique et simultanée, ces circonstances hygiéniques acquièrent un pouvoir plus remarquable encore ; elles provoquent, dans le corps malade, des mutations, des révolutions qui se sont montrées fréquemment salutaires ; elles ont déraciné des maladies qui avaient bravé la puissance de toutes les ressources pharmaceutiques.

Peut-on se mettre à l'abri des séductions de cette espèce ? On trouvera une garantie, sinon absolue, du moins la plus solide possible, dans l'observation des effets immédiats des médicamens, puisque c'est de ces effets que procèdent les avantages thérapeutiques dont ils sont la cause. Il faut donc s'occuper d'abord de leur action première sur les tissus vivans, connaître tout ce qu'ils peuvent faire éprouver aux divers appareils organiques, puis se représenter les lésions pathologiques dont on leur attribue la guérison, leurs caractères, leur étendue, leur ténacité. Alors, mettant en regard l'opération du remède et la maladie, le médecin verra s'il y a entre ces deux choses une liaison, si la première a pu détruire la dernière, si elle a pu faire, peu à peu ou brusquement disparaître la cause organique qui entretenait le trouble morbide. Il faut toujours que les effets physio-

logiques qu'une substance naturelle provoque expliquent les cures que l'on assure avoir obtenues de son administration. S'il n'y a point de proportion entre l'action que le médicament exerce sur le corps malade et la lésion pathologique qu'il passe pour avoir combattue ; si cette action est trop faible, si elle dure trop peu de temps, si les modifications qu'elle détermine dans les tissus vivans ne sont pas opposées à celles d'où dépend l'état de la maladie, si elle ne peut pas opérer le retour des parties affectées à leur condition naturelle, si enfin il vous paraît impossible que la physiologie donne la raison de l'utilité de cet agent, regardez la guérison attribuée à son usage comme reposant sur une fausse appréciation.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Extremis morbis, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod naturæ modum excedat. *Sect.* 2, *aph.* 4.

III.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

IV.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

V.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

VI.

Indicatione incertâ maneas in generalibus nunquam aliquid magni facias ex merâ hypothesi aut opinione.

ESSAI

N° 184.

SUR

LES HYDROPISIES EN GÉNÉRAL;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR CHARLES-NAPOLÉON LEGRAIN, du Quesnoy,

Département du Nord.

« *Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis,*
« *Causa, sed utilitas, officiumque fuit.* »

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Suppléant.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires,

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque, *Suppléant.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

MÉDECIN.

O vous, dont les soins assidus me firent oublier que je n'avais plus de mère, veuillez agréer l'hommage de cet essai, tout faible qu'il est, comme un gage assuré de mon amour filial et de ma reconnaissance éternelle! Puissent un jour mes efforts vous récompenser de vos nombreux sacrifices et me rendre digne de votre approbation! tel est le vœu d'un fils qui sait tout ce qu'il doit à celui qui fut surnommé, à juste titre, le meilleur des pères!

A MES FRÈRES.

Gage de mon sincère attachement.

A MONSIEUR JOSEPH BASUYAU,

MON MEILLEUR AMI.

C.-N. LEGRAIN.

DISSERTATION

SUR

LES HYDROPISIES EN GÉNÉRAL.

Définition. On désigne sous le nom d'*hydropisie* une accumulation d'un liquide ordinairement séreux, quelquefois séro-purulent, dans une ou plusieurs cavités du corps qui sont le siége d'une exhalation soit naturelle, soit accidentelle. Le tissu cellulaire, les membranes séreuses et synoviales, le parenchyme de certains organes, les cavités tapissées par les membranes muqueuses, les kystes séreux ou muqueux, simples ou multiformes, peuvent être le siége de ces épanchemens. Nous ne nous occuperons dans cet essai que de ceux du tissu cellulaire et des membranes séreuses, qui seuls ont des caractères communs qui permettent de les envisager d'une manière générale.

L'hydropisie prend différens noms, selon les parties qu'occupe le liquide épanché; ainsi on appelle *hydrocéphale* celle de l'intérieur du crâne; *hydrothorax*, celle de l'intérieur des plèvres; *ascite*, celle qui a lieu dans la cavité du péritoine; *hydropéricarde*, l'hydropisie qui se développe dans la cavité de cette membrane; *hydrorachis* ou *spina bifida*, celle du canal rachidien; *hydrocèle*, quand le liquide est amassé dans la tunique vaginale; enfin celle qui se forme dans le tissu cellulaire a reçu le nom d'*anasarque*, quand elle est générale, et d'*œdème*, quand elle est partielle.

Cette maladie se développe à toutes les époques de la vie, depuis celle où le fœtus est encore contenu dans le sein de sa mère jusqu'à la vieillesse la plus avancée; néanmoins chaque espèce d'hydropisie affecte plus particulièrement chaque âge de la vie, ou du moins s'y montre plus fréquemment. L'hydrocéphale, l'hydrorachis s'observent presque exclusivement dans la première enfance; ils se développent le plus souvent pendant que le fœtus est encore contenu dans l'utérus. L'hydropisie de poitrine se montre surtout dans l'adolescence; les hommes d'un âge mûr, les femmes après l'âge critique sont plus sujets à l'ascite.

L'hydropisie attaque indistinctement les hommes et les femmes; néanmoins ces dernières paraissent en avoir été plus souvent affectées. Sans doute à cause de la prédominance du tempérament lymphatique chez elles. Cette maladie a toujours une marche continue.

Symptômes. Quelquefois l'hydropisie se déclare avec tous les symptômes des maladies aiguës; le pouls est dur et plein, la figure est animée, la peau chaude; il y a dyspnée, et l'épanchement se fait avec une grande rapidité; mais dans le plus grand nombre des cas l'hydropisie se déclare avec lenteur, et est précédée d'engourdissemens, de pesanteur générale et perte d'appétit; quelquefois toutes les fonctions s'exécutent avec facilité, et les malades se croient en pleine santé; ils éprouvent un peu de malaise, qu'ils attribuent à toute autre cause. C'est ainsi qu'on voit des femmes attaquées d'ascite se croire enceintes; c'est ainsi qu'on voit un grand nombre de personnes qui ont un œdème des extrémités inférieures le conserver pendant long-temps, des années même, sans en éprouver aucune incommodité, si ce n'est pour la marche. Si la maladie est abandonnée à elle-même, si les ressources de l'art sont impuissantes ou mal dirigées, au bout d'un temps plus ou moins long, selon la cause qui l'a produite, suivant le siége de l'épanchement, le corps tombe dans un état de faiblesse bien propre à augmenter la congestion de sérosité. L'infiltration augmente, la cavité qui est le siége de l'épanchement se distend de plus en plus,

le dégoût survient, s'il n'a pas existé dès le principe ; la peau devient pâle, les fonctions languissent, l'essoufflement survient au moindre mouvement, quelquefois alors il s'y joint un léger mouvement fébrile le soir. Dans tous les cas, les urines sont rares, fortement colorées, et déposent par le refroidissement. Il n'est pas rare qu'une hydropisie en amène une autre, et que le corps tombe dans une colliquation séreuse générale. Lorsque la maladie est parvenue à ce point, le malade ne peut ni marcher, ni rester couché ou assis. Cependant l'épuisement des forces l'oblige à garder le lit, où il ne trouve aucune position commode ; la partie sur laquelle il se couche devient douloureuse, livide, s'excorie, et répand une grande quantité de sérosité, tombe en gangrène, et la mort vient bientôt terminer cette scène de douleur.

On voit quelquefois l'hydropisie disparaître spontanément sans que l'art y contribue en rien ; il se forme alors différens flux, soit par les bronches, soit par le tube digestif, soit par les urines : cette disparition brusque est suivie d'une amélioration prompte, si le malade conserve encore un certain degré de force. « Un jeune homme, qui « présentait des symptômes locaux assez obscurs de maladie du « cœur, était atteint d'anasarque et d'ascite depuis plus de deux « mois ; la peau était habituellement sèche, les urines rares et sédi- « menteuses, tout à coup et simultanément des sueurs abondantes s'é- « tablirent et une grande quantité d'urine fut évacuée : cette double « exhalation dura trois jours, et pendant cet intervalle de temps, le li- « quide de l'hydropisie fut complètement resorbé, et le malade guérit. » (*Andral.*) Quand la maladie est parvenue à sa dernière période, la peau reste flasque et pendante, et ces différentes évacuations ne font qu'affaiblir le malade et accélérer le moment fatal : déjà *Hippocrate* avait fait cette remarque. Dans certains cas, le liquide se résorbe sans qu'on observe aucune évacuation insolite ; quelques malades se trouvent guéris ; mais on en voit un certain nombre qui s'affaissent tout à coup, leur intelligence devient obtuse, leurs sensations s'anéantissent, leur respiration s'embarrasse, du râle trachéal s'établit, et ils succombent promptement dans un état d'asphyxie. M. le professeur

Andral a plusieurs fois observé cette terminaison fâcheuse de l'hydropisie. « L'ouverture du cadavre nous montra, dit-il, le poumon fortement engoué par une sérosité incolore et spumeuse; quelquefois « il s'est fait une véritable métastase, c'est à dire qu'une autre cavité « séreuse est devenue le siége de l'épanchement. » Il cite un cas, dans sa Médecine clinique, dans lequel le malade succomba à une véritable apoplexie séreuse, dont le début coïncida avec la résorption de la sérosité précédemment accumulée dans le tissu cellulaire et dans le péritoine. On trouve plusieurs exemples semblables dans la Médecine pratique de *Stoll.*

Diagnostic. L'infiltration séreuse est facile à reconnaître quand elle occupe le tissu cellulaire. L'augmentation dans le volume du corps, la pâleur, la demi-transparence de la peau, et la dépression qu'on y détermine en y appuyant le doigt, ne laisseront aucun doute sur la réalité de l'épanchement. Quelquefois cette dépression n'est pas sensible à la vue; mais en passant légèrement et à plusieurs reprises la pulpe du doigt sur le tissu où la pression a été exercée, on distingue par le toucher un léger enfoncement qui indique cette infiltration. On distingue encore plus facilement l'engorgement œdémateux, lorsque la disposition de la peau permet de la pincer entre les doigts; on parvient souvent, de cette manière, à distinguer à la partie interne des cuisses l'œdématie à peine commençante. Le diagnostic offre plus de difficultés quand l'épanchement a lieu dans la cavité d'une membrane séreuse; néanmoins il y donne encore lieu à des phénomènes qui permettent de le soupçonner quand il est peu considérable, et de le reconnaître quand il est parvenu à un certain degré. La distension de la cavité qui renferme le liquide, les symptômes dus à la compression des organes voisins, et dans quelques cas la fluctuation et les changemens survenus dans la résonnance des parties, conduisent, dans la plupart des cas, à distinguer l'accumulation de sérosités.

Prognostic. Toutes choses égales d'ailleurs, l'hydropisie du tissu

cellulaire est moins grave que celle des membranes séreuses; l'hydrocéphale, l'hydrorachis sont toujours mortelles; un grand nombre d'enfans qui en sont affectés meurent dans la première année de leur vie : on en voit cependant quelques-uns qui vivent un certain nombre d'années, et même au-delà de vingt ans. Quant à l'hydrothorax et à l'ascite, on les guérit quelquefois; le retour de la transpiration et des diverses excrétions est toujours un signe d'un très-bon augure, mais il faut surtout avoir égard à la cause qui a produit l'épanchement. On conçoit, en effet, que si l'hydropisie dépend d'une lésion organique incurable, l'hydropisie est incurable, comme la cause qui l'a produite.

Cette maladie est très-sujette à récidiver; on en guérit un grand nombre, mais presque toujours elles reviennent et sont plus graves, et après quelques récidives elles deviennent mortelles, sans doute parce que la cause organique qui a produit l'épanchement subsiste.

Quand la maladie se termine par la mort, le plus souvent le malade périt asphyxié, ou par la compression du cerveau, occasionnée par un épanchement de sérosité qui se forme dans la cavité du crâne; d'autres fois il périt dans le marasme.

Étiologie. La physiologie nous apprend que, dans l'état de santé, les aréoles du tissu cellulaire et la surface interne des membranes séreuses sont lubrifiées par un fluide albumineux ayant la plus grande analogie avec le sérum du sang, qui, sans cesse exhalé, est sans cesse résorbé dans la même proportion qu'il est produit. Si, par une cause quelconque, la quantité du fluide séreux épanché dans une cavité est trop considérable pour pouvoir être repris dans la même proportion par les vaisseaux absorbans, ce fluide doit s'accumuler dans les parties; ou si la quantité de fluide épanché n'est pas plus abondante que de coutume, il suffit que l'absorption soit interrompue ou diminuée d'une manière quelconque pour donner lieu à un amas extraordinaire de sérosité. On peut donc, en général, regarder comme cause

d'hydropisie l'augmentation de l'exhalation ou la diminution de l'absorption. Je vais, en conséquence, rechercher les différens états morbides qui produisent ces effets.

Quelle que soit la cause qui suspende ou ralentisse la circulation veineuse dans toute son étendue ou dans un point quelconque de ses divisions, cette modification entraîne souvent des infiltrations dans le tissu cellulaire ou des épanchemens dans les membranes séreuses non enflammées. Les anciens avaient admis cette cause, mais leur opinion n'était guère que le résultat de spéculations théoriques, à peine citaient-ils quelques faits à l'appui de leur opinion; aussi, après la découverte du système lymphatique, regarda-t-on les hydropisies comme une lésion des organes de la circulation lymphatique. Mais, dans ces derniers temps, M. *Bouillaud*, dans un mémoire inséré parmi les Archives générales de médecine, tome 2, a rapporté un grand nombre de faits dans lesquels l'hydropisie dépendait uniquement d'un obstacle mécanique à la circulation veineuse. « Nous avons vu, dit-il, « que l'hydropisie occupait les deux membres quand tous deux « avaient leurs veines principales oblitérées; l'infiltration n'existait « que dans un seul membre lorsque ses veines seules étaient oblitérées, celles du membre non infiltré restant libres. » Le même auteur rapporte aussi quelques cas d'ascite qui dépendaient uniquement de l'oblitération de la veine-porte, et dans lesquels le péritoine était tout à fait sain.

Les différentes lésions du système lymphatique peuvent aussi être considérées comme cause organique d'hydropisie. On a rencontré des hydropisies dépendantes de calculs contenus dans le réservoir du chyle, d'obstruction du canal thoracique, de la compression de ce canal par une tumeur développée sur son trajet, de la ligature de ce canal sur les animaux vivans, de la rupture de ce même organe. La rupture des vaisseaux lymphatiques, leur inflammation, leur destruction par une plaie ou une ulcération paraissent aussi avoir été suivies d'hydropisie.

Une source bien plus féconde de ces épanchemens, soit dans le

tissu cellulaire, soit dans les membranes séreuses, qui avait échappé aux anciens, et que les observations multipliées de *Corvisart* ont mise en évidence, tient à une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux, qui comprend, soit les dilatations ou anévrysmes de ces parties, soit les états contre-nature de leurs orifices ou de leurs valvules, comme rétrécissemens, ossifications ou ulcérations. En nous résumant, nous dirons, que tout ce qui peut mettre obstacle au cours du sang ou de la lymphe peut, en empêchant l'absorption, donner lieu à la formation d'hydropisies diverses. C'est à cette cause qu'il faut rapporter l'œdème des extrémités inférieures que l'on observe chez un grand nombre de femmes vers le huitième ou le neuvième mois de la grossesse. Le kyste volumineux de l'ovaire, les tumeurs abdominales situées sur le trajet des veines ou des vaisseaux lymphatiques produisent aussi de semblables épanchemens, soit dans l'abdomen, si c'est la veine-porte qui est comprimée, et l'œdème des extrémités, si c'est la veine-cave ascendante ou les veines iliaques. C'est par suite d'une semblable disposition que la dilatation très-grande de la vessie par l'urine donne quelquefois lieu à l'infiltration des membres inférieurs; c'est ainsi que les différens engorgemens du foie et de la rate produisent quelquefois l'hydropisie.

Une des causes les plus fréquentes d'hydropisie est un état phlegmasique de la partie qui est le siége de l'épanchement. Dans quelques cas, c'est une simple irritation morbide, qui provoque un surcroît d'exhalation dans le tissu cellulaire ou dans une membrane séreuse, sans aucune altération appréciable, sans qu'il en reste aucune trace après la mort (*Breschet*); mais dans le plus grand nombre des cas le stimulus, porté jusqu'à l'inflammation, détermine la formation de pus dans le tissu cellulaire, l'épaississement des membranes séreuses, l'exudation d'une matière lactescente, des adhérences, des fausses membranes et autres altérations persistantes. (*Rayer.*)

La pléthore peut aussi produire l'hydropisie. *Sauvages* rapporte dans sa Nosologie l'observation d'une femme qui, à chaque époque menstruelle, était atteinte d'anasarque, qui disparaissait après l'ap-

parition des menstrues. On observe cette espèce d'hydropisie chez les jeunes filles qui ont peine à être réglées, ou qui après l'avoir été quelque temps éprouvent une suppression des menstrues ; elle survient aussi chez les femmes qui, par une cause quelconque, ont rapidement perdu leurs règles, surtout avant le temps prescrit par la nature ; elle a quelquefois lieu chez les jeunes gens qui, habitués à perdre du sang par des hémorrhagies du nez, en éprouvent une prompte suppression. Les personnes avancées en âge n'en sont pas exemptes après la suppression d'un flux hémorrhoïdal considérable.

Le flux séreux peut encore être produit par un état de débilité générale. *Cullen* rapporte à cette cause l'œdème qui survient aux membres paralysés. On trouve cet état d'atonie chez les convalescens, qui ne conservent d'autres traces de leur maladie ; leurs jambes enflent tous les soirs par l'effet de la station ; toute la superficie du corps paraît disposée à l'œdème ; le ventre même est pâteux, et se gonfle pour peu qu'ils dépassent les bornes de la stricte sobriété ; c'est à cette cause qu'il faut rapporter l'hydropisie que l'on voit survenir à la fin de certaines étisies.

La prédominance du sérum dans le sang, que l'on peut constater par la simple inspection, est encore, selon quelques pathologistes, une cause d'hydropisie. Cet état particulier peut être favorisé par un grand nombre de causes, l'abus des boissons aqueuses, l'usage immodéré des émissions sanguines, des évacuations excessives dans tous les genres, l'habitation dans les lieux bas et humides. Cet état particulier du sang existe souvent avec un état de débilité générale, de sorte qu'il est impossible de dire quelle est la cause qui a produit l'hydropisie.

Enfin un état particulier des centres nerveux paraît, dans certains cas, être cause efficiente d'hydropisie. On trouve, dans le Journal de *Sédillot*, tome 32, l'observation suivante : Une jeune fille, âgée de neuf ans, d'une très-forte constitution, ayant vu tomber son père d'apoplexie foudroyante, en éprouva une atteinte profonde ; une tris-

tesse mortelle se répandit sur ses traits, et parut l'accabler ; la respiration devint difficile ; elle perdit l'appétit, et ne put goûter les douceurs du sommeil. Le lendemain, l'enfant parut dans le même état ; mais en même temps on reconnut qu'un gonflement général soulevait toute l'habitude du corps ; cette infiltration alla toujours en croissant, et avec une telle rapidité, qu'au bout de trois jours la tête avait acquis un volume monstrueux ; le cou, les bras, la poitrine s'infiltrèrent successivement. Cette jeune malade fut promptement guérie par l'emploi des vésicatoires à la partie interne des cuisses, des purgatifs et des diurétiques à l'intérieur (oxymel scillitique). Il est évident qu'ici le point de départ de la maladie était dans l'état de prostration morale occasionnée par la frayeur.

Peut-on admettre comme cause éloignée d'hydropisie l'administration prématurée du quinquina dans les fièvres intermittentes? Cette opinion, émise par *Stahl*, fut partagée par plusieurs médecins éclairés ; de là le précepte qu'il ne faut pas se presser d'arrêter les accès d'une fièvre intermittente. Pour nous, nous croyons que si la fièvre est simple, on n'a nullement à craindre la formation d'hydropisie en débarrassant le malade d'une fièvre d'accès qui le fatigue et affaiblit ses forces, et peut même, si elle se prolonge trop long-temps, devenir cause d'hydropisie, comme on en voit chaque jour des exemples. Pendant que nous suivions les leçons Cliniques de M. *Chomel*, dans tous les cas de fièvres intermittentes, très-fréquens à l'hôpital de la Charité, nous avons vu ce savant professeur employer le sulfate de quinine peu de temps après l'entrée des malades à la clinique, et augmenter quelquefois la dose jusqu'à vingt-quatre et même trente grains, quand la fièvre était rebelle, et jamais nous n'avons vu survenir d'hydropisie ; nous croyons même que lorsque cette maladie s'est développée à la suite d'une fièvre intermittente trop long-temps prolongée, le meilleur moyen d'en arrêter les progrès, et même de la faire disparaître entièrement, c'est d'avoir recours au quinquina. On trouve dans l'ouvrage de M. *Portal* sur la nature et le traitement des hydropisies, les observations de trois malades atteints d'hydropisies générales liées à

une fièvre intermittente, qui furent guéries par le quinquina. « Ce remède, dit-il, a non-seulement répondu à l'idée que j'en avais conçue « pour guérir la fièvre intermittente ; mais au lieu de nuire aux causes dont je la croyais provenue, tels que les engorgemens des viscères abdominaux, du foie, de la rate et autres, il a concouru à « leur guérison, les malades ayant ensuite joui d'une parfaite santé. « Combien, ajoute-t-il, les succès de ces traitemens ne dôivent-ils « pas être répandus, quand on considère qu'il périt un grand nombre « de personnes d'hydropisies par suite de fièvres continues, rémittentes et intermittentes, qu'on pourrait guérir si on en arrêtait le « cours par leurs spécifiques. » Cependant des auteurs du plus grand mérite citent des faits qui semblent prouver le danger des fébrifuges ; nous ne rejetterons pas les faits, car les faits bien observés doivent être immuables ; mais nous croyons pouvoir penser que lorsque l'ascite est survenue la fièvre n'était pas simple, mais inflammatoire, ou compliquée de phlegmasie abdominale. C'est à la sagacité du médecin à savoir distinguer les cas.

D'après la nature des causes, on peut admettre quatre variétés d'hydropisie : la première, que nous nommerons *inflammatoire*, qui reconnaît pour cause, soit la pléthore, soit l'irritation portée à différens degrés, soit même l'inflammation ; la seconde, que nous nommerons *atonique*, qui reconnaît pour cause, soit un état de débilité générale, soit la prédominance du sérum du sang, soit enfin la diminution de la masse de ce fluide ; la troisième, que nous nommerons *spasmodique*, qui reconnaît pour cause un état particulier des centres nerveux occasionné par la frayeur, la colère, etc. ; enfin nous rangerons dans la quatrième classe les *hydropisies* qui reconnaissent pour cause, soit une altération organique du cœur, soit un obstacle mécanique à la circulation du sang veineux ou de la lymphe.

Pour compléter notre ouvrage, nous devrions maintenant tracer l'histoire générale des quatre variétés d'*hydropisies* que nous venons d'admettre, donner leurs symptômes, leur diagnostic différentiel ;

mais cela nous entraînerait trop loin pour une thèse, et nous osons espérer que nos illustres maîtres nous pardonneront cette lacune.

TRAITEMENT.

Quoique la disproportion entre l'exhalation et l'absorption qui donne lieu à l'hydropisie soit toujours l'effet d'un état pathologique, soit des solides, soit des liquides, qui a précédé l'accumulation de sérosité, elle n'en mérite pas moins la plus grande attention de la part du médecin. Ce n'est point un simple accident que l'on fait disparaître en dissipant l'affection morbifique dont il est une dépendance; tout symptomatique qu'il est, cet épanchement aggrave tellement le danger de la maladie essentielle, imprime à toute l'économie des changemens si importans, change tellement les indications, qu'il devient par cela seul la maladie principale.

Dans certains cas même l'épanchement seul subsiste, et devient par sa présence la cause d'un nouvel épanchement; ainsi un individu en sueur s'expose au froid, et se trouve atteint d'hydropisie. Dans ce cas, cet épanchement dépend, selon la plupart des auteurs modernes, de l'irritation portée sur les tissus, qui y détermine un surcroît d'exhalation; mais cet épanchement une fois formé, en gênant la circulation devient à son tour un obstacle à l'absorption, de telle sorte, que, lors même que l'irritation est dissipée, l'absorption se trouvant ralentie, la collection séreuse doit augmenter de plus en plus, si l'art ne vient au secours du malade. C'est ainsi que l'ascite, parvenue à un certain degré, produit l'œdème des extrémités; c'est ainsi qu'à la fin de beaucoup d'hydropisies, d'abord locales, on voit s'établir la diathèse séreuse. Afin d'exposer avec plus d'ordre la description générale du traitement, je le diviserai, 1°. en *hygiénique*, 2°. en *pharmaceutique*, 3°. en *chirurgical*.

Moyens hygiéniques.

L'air chaud et humide, à cause de sa propriété fort débilitante, est tout à fait nuisible dans l'hydropisie atonique, mais il peut devenir très-utile dans les hydropisies inflammatoire et nerveuse commençantes, en tenant le corps plongé dans un bain de vapeur bien capable de produire une détente dans tous les systèmes : il serait donc utile dans ces cas que l'atmosphère de l'appartement réunît une température chaude et humide.

L'air chargé d'une humidité froide est une circonstance très-fâcheuse, très-propre à favoriser la rechute de l'hydropisie. On évitera soigneusement la fraîcheur du soir et du matin, les brouillards, etc.

L'homme qui habite un pays situé sur une élévation est soumis à une influence tonique et fortifiante, toutes les fonctions jouissent d'une grande activité ; on ne connaît pas dans ces pays les affections d'un long cours, qui ont pour symptômes le relâchement des tissus vivans. Le séjour d'un semblable pays sera donc un moyen vraiment médicinal dans l'hydropisie atonique commençante. On a vu des infiltrations générales guéries peu de temps après que les malades étaient passés dans les lieux élevés, sans qu'on puisse attribuer à d'autres remèdes ces heureux résultats.

Si maintenant nous jetons les yeux sur l'habitant des pays bas et humides, nous le voyons soumis à une influence tout à fait opposée ; toutes les fonctions se font avec inertie, la peau absorbe dans l'air des molécules aqueuses qui vont augmenter le sérum du sang ; les exhalations, les sécrétions sont considérablement diminuées ; ces causes expliquent la fréquence de l'hydropisie dans les pays bas et humides, tels que la Hollande, les Asturies, le Valais, une partie de la Vendée. Au reste, un régime purement excitant peut mettre en défaut l'influence purement relâchante du climat : une telle habitation ne convient dans aucune espèce d'hydropisie.

L'hydropisie atonique réclame l'emploi des alimens nourrissans,

faciles à digérer; l'usage de boissons diurétiques ou qui puissent relever le ton des organes : ainsi on prescrira du pain de bonne qualité, les viandes les plus fermes, si l'estomac peut les digérer; le bon vin vieux, de la bière fortement houblonnée, ou d'autres boissons capables de provoquer la sécrétion des urines, le vin de Grave, par exemple.

Dans l'hydropisie inflammatoire, au contraire, on doit conseiller au malade l'usage des alimens mucilagineux, tels que les asperges, les épinards, les salsifis, les navets, qui introduisent très-peu de principe nourricier dans le corps vivant, et font une impression relâchante sur tous les tissus; sous ce rapport, la diète mucilagineuse sera d'un grand secours. C'est surtout dans cette variété de la maladie que les boissons abondantes ont obtenu d'heureux succès; aussi les anciens, qui s'étaient déclarés contre l'emploi des boissons, sont obligés de convenir que l'on a vu cette maladie céder à l'usage des boissons délayantes données en grande quantité. Il n'y a que deux cas où la boisson soit contr'indiquée, c'est lorsque l'hydropisie paraît dépendre de la prédominance du sérum dans le sang, ou qu'elle survient chez un sujet, d'ailleurs sain et bien constitué, sans autre cause manifeste que quelque grand excès de boissons aqueuses; certes, ici les boissons aqueuses ne pourraient qu'ajouter au mal même ou à la cause qui l'a produit; je dis les boissons aqueuses, car les boissons rendues toniques, diaphorétiques, excitantes, pourront être données avec avantage.

Les vêtemens ne doivent pas être regardés comme une chose indifférente dans le traitement des hydropisies; ils doivent être secs et chauds; ceux de laine méritent la préférence, ils favorisent la transpiration cutanée, et préviennent les alternatives de froid et de chaud.

Les frictions, soit sèches, soit humides, stimulent l'action des organes, activent la circulation capillaire, appellent les humeurs vers la peau, provoquent la transpiration cutanée; aussi tous les auteurs ont-ils indiqué ce moyen. Après les frictions, on peut employer la

compression, que l'on exerce sur l'organe cutané, soit au moyen d'une bande roulée, soit au moyen d'un bas de peau de chien ou des guêtres de toile neuve. Ce moyen n'est applicable que dans l'anasarque ou dans l'ascite; réuni aux frictions aromatiques et à un exercice modéré, il contribue beaucoup à dissiper les infiltrations qui se manifestent aux extrémités inférieures, que l'on observe dans la convalescence des longues maladies, chez les personnes d'une constitution lâche, les personnes très-grasses, les femmes grosses, chez ceux qui habitent les pays marécageux, chez les personnes qui ont abusé des liqueurs alcoholiques.

Dans l'hydropisie inflammatoire et dans celle qui dépend d'un obstacle mécanique à la circulation, le malade s'abstiendra de toute espèce d'exercice; il n'en sera pas de même dans l'hydropisie atonique. Ici, le médecin doit s'attacher à réveiller le ton des organes, à augmenter leur activité, à dissiper un état d'inertie, à provoquer une légère diaphorèse; or, pour remplir ces diverses indications, les exercices spontanés du corps doivent être placés à côté des substances amères et aromatiques; le plus souvent même, les agens pharmaceutiques restent sans succès, quand cette ressource hygiénique ne leur prête pas son appui. L'exercice est donc indispensable. Déjà *Cullen* avait constaté les avantages de ce moyen hygiénique. « La promenade, « dit-il, continuée autant que le malade peut la supporter, prévient « souvent des tumeurs œdémateuses qui seraient survenues s'il était « resté long-temps debout et même assis. Je suis porté à croire, ajou- « te-t-il, que l'exercice du corps sera toujours très-utile dans l'ana- « sarque, à quelque degré que le malade puisse le soutenir; l'expé- « rience que j'ai acquise me persuade que l'on peut acquérir la gué- « rison de plusieurs hydropisies commençantes, par l'exercice seul « long-temps continué. »

Les influences morales, qui sont encore du ressort de l'hygiène, ne sont pas à négliger. On évitera surtout tout ce qui peut rappeler les spasmes, les convulsions; tout ce qui peut faire naître la colère, la frayeur, si la maladie reconnaît cette cause. Il n'est pas indiffé-

rent non plus d'occuper le malade d'idées gaies ou tristes, puisque les affections du premier genre sont toutes plus ou moins stimulantes, tandis que les autres sont toujours une cause puissante d'affaiblissement. Si l'hydropisie provient de la tristesse qu'a fait naître une passion contrariée, le moyen d'en modérer ou d'en suspendre les effets sont une passion nouvelle, les voyages, les bains, etc.

La sécheresse et l'aridité de la peau, qui se remarquent dans toutes les hydropisies, provient bien évidemment de la suppression de la transpiration insensible. Les frictions et l'exercice, dont il a été fait mention, sont généralement reconnus pour de bons diaphorétiques ; on peut s'en servir avec avantage pour exciter la transpiration cutanée.

Moyens pharmaceutiques.

La pharmacie nous fournit un grand nombre de moyens propres à combattre les hydropisies : 1°. des toniques et des stimulans, que l'on emploie contre l'hydropisie atonique ; 2°. des antiphlogistiques, qui sont utiles dans l'hydropisie inflammatoire ; 3°. des moyens propres à favoriser les diverses excrétions, tels sont les diurétiques, les sudorifiques, les émétiques, les purgatifs ; enfin, des moyens propres à favoriser l'absorption, tels sont les préparations mercurielles.

Les toniques les plus usités sont la camomille romaine, la racine de gentiane, les sommités d'absinthe, la petite centaurée, le quinquina. Les pilules toniques de *Bacher* ont joui d'une grande célébrité, etc. On peut encore employer les substances dites *antiscorbutiques*, telles que le raifort sauvage, le cresson, le cochléaria. Les préparations ferrugineuses sont aussi reconnues pour un remède efficace. Sous l'influence de cette médication, chaque fonction deviendra plus active, l'absorption enlèvera les sucs lymphatiques qui stagnent dans le tissu des organes, et rétablira l'équilibre général.

Les moyens antiphlogistiques que l'on emploie sont les saignées générales ou locales ; celles-ci, qui résultent de l'application des sangsues ou de ventouses scarifiées, peuvent être d'une grande utilité

lorsque la maladie est liée à la suppression de quelque hémorrhagie. Il faut, dans ce cas, les pratiquer le plus près possible du lieu qui était le siége du flux sanguin. Au reste, les boissons émollientes, telles que la décoction de graine de lin, de mauve, de racine de guimauve, l'orangeade, la limonade, sont indiquées dans le cas où la saignée convient. On peut voir dans l'excellente Monographie que nous devons à M. *Breschet*, sur les hydropisies actives, plusieurs observations de malades guéris par ces moyens.

Parmi les différentes excrétions dont le trouble se remarque dans l'hydropisie, quelle que soit sa cause, celle de l'urine doit toujours fixer l'attention du médecin, elle est d'une si haute importance, que l'on peut dire que sur elle repose la partie essentielle du prognostic, aussi est-il toujours bon de la provoquer. Les stimulans employés contre l'hydropisie atonique peuvent aussi agir sur les organes urinaires et augmenter leur action; mais, indépendamment de ces médicamens, la médecine possède, comme diurétiques, plusieurs sels neutres, le nitrate et l'acétate de potasse, les préparations scillitiques, la pariétaire, la digitale, les racines d'asperges. Quant aux acides, tels que l'acide tartareux, l'acide citrique ou les substances dans lesquelles ils prédominent, ils sont à la fois rafraîchissans et diurétiques : ils conviennent dans l'hydropisie inflammatoire.

L'hydropisie peut être produite par la suppression de la transpiration cutanée, ou par la rétropulsion de quelque exanthème : c'est alors que les sudorifiques sont indiqués. Les moyens que la pharmacie fournit pour remplir cette indication sont très-nombreux : tels sont les poudres de *James*, de *Dower;* la bardane, le sureau, la bourrache, et particulièrement les quatre bois sudorifiques (le gayac, la salsepareille, la squine, le sassafras, que l'on mélange à parties égales.) On emploie aussi l'ammoniaque et les sels qu'il forme en se combinant avec les acides. L'action de ces différens moyens est loin d'être constante; leur effet sudorifique dépend le plus souvent de l'état des organes. Ainsi tous les toniques, tous les stimulans conviennent pour rappeler l'humeur perspiratoire dans l'hydropisie

atonique, tandis que les débilitans pourront provoquer la sueur dans l'hydrophlegmasie.

Quand l'épanchement a résisté à tous les moyens, les émétiques, tels que le tartrate antimonié de potasse, l'ipécacuanha, en donnant une secousse salutaire à toute la machine, ont quelquefois produit l'évacuation d'une très-grande quantité de sérosités. *Cullen* dit les avoir souvent employés avec succès ; mais on leur préfère généralement les purgatifs : les malades s'y soumettent plus volontiers, et communément ils les supportent avec plus de facilité. Il faut les choisir parmi les plus actifs, tels que le sirop de nerprun, dont *Sydenham* a retiré un si bon effet dans un cas d'ascite; la gomme gutte, l'aloès: on les administre à des doses assez élevées ; sans cela, ils n'ont aucune action, et ne produisent pas d'évacuations. Il faut aussi en réitérer l'emploi à des intervalles aussi rapprochés que les malades peuvent les supporter. Une condition indispensable pour permettre leur emploi, c'est l'absence complète de toute phlegmasie du côté du tube digestif ; car alors, loin de produire un effet salutaire, ils précipiteraient la mort du malade. On en a retiré de bons effets dans l'ascite et dans l'hydropisie du tissu cellulaire ; mais on a remarqué qu'ils ne procuraient aucune amélioration dans l'hydrothorax et l'hydrocéphale, et que le plus souvent ils étaient nuisibles : on devra donc s'en abstenir dans ces cas.

Enfin, on a quelquefois retiré de bons effets des frictions mercurielles sur les jambes, les cuisses. Ici le mercure agit, selon toute apparence, comme excitant, et favorise l'absorption, je l'ai vu employer deux fois avec succès dans des hydropisies de l'articulation du genou qui avaient résisté à tous les autres moyens.

Des moyens chirurgicaux.

Les moyens chirurgicaux que l'on emploie dans l'anasarque sont, les vésicatoires, les sétons, les cautères, les scarifications, les mouchetures. On a quelquefois appliqué les vésicatoires avec succès pour

évacuer la sérosité; mais il ne faut pas attendre que la débilité soit extrême, car alors la gangrène suit immédiatement l'application du vésicant, et devient une complication fâcheuse. Ainsi l'on ne doit l'employer que dans l'anasarque atonique commençante, lorsque la peau conserve encore un certain degré de vitalité. Une circonstance où on emploie les vésicatoires avec le plus grand succès, c'est quand elle dépend d'une gêne mécanique à la circulation ou d'un état particulier des centres nerveux. Nous en avons rapporté un exemple. Ici ils agissent de deux manières : d'abord, ils stimulent le système nerveux, puis agissent d'une manière mécanique, en donnant une libre issue à la sérosité. D'après les observations de *Stoll*, on ne doit point les employer dans l'anasarque inflammatoire. Il n'en est pas de même dans l'hydropisie des membranes séreuses; dans l'hydrothorax, par exemple, l'application d'un vésicatoire sur les parois thoraciques est toujours indiquée ; mais ici c'est une action vitale qu'il produit, il favorise la résorption du liquide. Les vésicatoires sont encore indiqués, quand l'épanchement a coïncidé avec la disparition d'un exanthème, le dessèchement d'un vieil ulcère ou à la suite d'une métastase rhumatismale, arthritique, etc.

Les sétons, les cautères s'emploient dans les mêmes cas que les vésicatoires. On peut faire à leur égard les mêmes remarques.

Lorsque l'épiderme, excessivement distendu, menace de se rompre, on peut prévenir cette rupture ou procurer au moins un soulagement passager en pratiquant de légères mouchetures, qui ne pénètrent pas dans le tissu cellulaire sous-cutané, de crainte de voir survenir un érysipèle de mauvais caractère, puis la gangrène. Il faut, pour la même raison, les pratiquer à quelque distance l'une de l'autre. Quant aux scarifications, les accidens qui suivent cette opération les font rejeter de tous les praticiens.

Quelques chirurgiens ont conseillé l'opération du trépan dans l'hydrocéphale ; elle a même été plusieurs fois pratiquée ; mais la mort a toujours suivi de près l'opération, ce qui fait qu'on ne la pratique plus. Enfin dans l'ascite, quand le ventre, distendu, refoule le dia-

phragme, et que le malade est menacé de suffocation, on pratique la paracentèse. Dans quelques cas, malheureusement trop rares, la guérison a lieu ; mais le plus souvent elle ne procure qu'un soulagement momentané ; l'épanchement reparaît bientôt, et d'autant plus promptement que l'opération a été pratiquée plus souvent. On ne doit donc y avoir recours que le plus tard possible. Ce que nous disons de la paracentèse s'applique à l'opération de l'empième : nous n'en parlerons pas.

Je termine ici ce faible essai. J'aurai désiré qu'il fût plus digne de cette illustre Faculté, dont je m'honorerai toujours d'avoir été l'élève.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Ibid.*, *aph.* 8.

III.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

IV.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

V.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

VI.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

VII.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tùm frigoris tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

PROPOSITIONS

N° 185.

SUR

LA MONSTRUOSITÉ,

CONSIDÉRÉE CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE,

Aide-naturaliste de zoologie au Muséum royal d'histoire naturelle; Membre de la Société d'histoire naturelle de Paris, de la Société royale des sciences d'Arras, etc.; l'un des auteurs du grand ouvrage sur l'Égypte et du Dictionnaire classique d'histoire naturelle.

Nous appelons contre nature ce qui advient contre la coustume: rien n'est que selon elle, quel qu'il soit.

MONTAIGNE, *Essais*.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Président.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Examinateur.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers, *Suppléant.*	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonnabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PATRI OPTIMO,

STEPHANO GEOFFROY SAINT-HILAIRE,

FILIUS ET DISCIPULUS,

AUCTOR.

PROPOSITIONS

SUR

LA MONSTRUOSITÉ,

CONSIDÉRÉE CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX.

INTRODUCTION.

La science des monstruosités (1) est une science toute nouvelle : c'est aux anatomistes contemporains qu'en est due presque entièrement la création. Avant eux, une multitude de faits avaient été recueillis; de graves questions avaient été soulevées; des hypothèses plus ou moins satisfaisantes, des théories plus ou moins ingénieuses avaient été

(1) La science des monstruosités n'est, à proprement parler, qu'une branche de la grande science de l'organisation, à laquelle la zoologie, l'anatomie, la physiologie appartiennent également. L'étude des monstruosités a été long-temps rapportée à l'anatomie; mais elle a des rapports presque aussi intimes avec la zoologie et surtout avec la physiologie, et doit être considérée comme formant une branche spéciale étroitement liée à toutes les autres branches des sciences de l'organisation, et ne pouvant cependant être confondue avec aucune d'elles.

proposées; mais, à quelques exceptions près, des observations sans authenticité, admises sans défiance, et commentées sans discernement, point de but déterminé, nul ensemble dans les vues, nulle liaison entre les faits déjà connus, voilà ce qu'on remarque dans la plupart des ouvrages antérieurs à notre siècle. Le génie et la science profonde de *Haller*, ses vues éminemment philosophiques et son immense érudition, n'ont pas toujours mis ce grand physiologiste lui-même à l'abri d'erreurs que personne ne commettrait plus aujourd'hui; et quelques passages de l'excellent traité *de Monstris* présentent d'une manière frappante le cachet du temps où il a été composé. C'est que *Haller*, comme tous ses contemporains, devait rencontrer des obstacles alors insurmontables. Son époque pouvait bien poser les bases de la science, et préparer à l'avenir de riches et précieux matériaux : elle le pouvait, et elle l'a fait; mais il ne lui appartenait pas d'aller plus loin. Avant que la science des monstruosités pût être créée, c'est-à-dire, avant que les faits qui la composent pussent être coordonnés et compris, il fallait que l'embryogénie eût révélé les véritables lois du développement des organes, et que l'anatomie comparée fût entrée dans cette direction nouvelle et philosophique où nous la voyons aujourd'hui marcher avec tant de succès.

L'histoire de la science des monstruosités présente trois périodes marquées par une tendance particulière des esprits, et sur lesquelles il ne sera ni sans intérêt, ni sans utilité de jeter un rapide coup-d'œil, avant de tracer, dans quelques propositions générales, un aperçu des faits généraux les plus dignes d'intérêt que possède la science de nos jours.

Des observations vagues, incomplètes, recueillies au hasard; des ouvrages où l'on voit à peine briller une vérité utile au milieu de cent erreurs grossières; les plus absurdes préjugés admis sans hésitation, et de nouvelles preuves apportées sans cesse à leur appui; des explications enfantées par la superstition, et toujours dignes d'une semblable origine, tels sont les tristes caractères de la première et de la plus longue des trois périodes que l'on peut distinguer. Ainsi, dans

cette longue enfance de la science, comme dans celle du genre humain, la superstition et la terreur aveuglent tous les esprits : c'est l'épouvante seule qui crée des observateurs pour les faits de la monstruosité.

Dans une seconde période, qui comprend environ la première moitié du dix-huitième siècle, la science rejette quelques-uns des préjugés qui pesaient sur elle, elle commence à se débarrasser des entraves qui la retenaient ; mais sa marche est encore chancelante et sans direction arrêtée : les monstres ne sont encore, pour la plupart des observateurs (1), que des sujets d'intérêt vague et de curiosité.

Enfin, dans la troisième période, une tendance plus philosophique heureusement introduite dans la science, achève de détruire d'anciens préjugés, et révèle la direction qui seule peut conduire à de réelles découvertes. L'importance de l'observation est sentie, et les théories commencent à naître, d'abord faibles et douteuses, puis brillantes de force et de vérité. Bientôt les liens qui unissent la science des monstruosités aux autres sciences de l'organisation, sont aperçus, et d'heureuses associations sont tentées, d'abord timidement et d'une main peu sûre, puis avec un éclatant succès. La physiologie, science pauvre et conjecturale, se présente la première : car, possédant peu de faits, et embrassant dans ses études des questions dont le nombre est immense et la complication infinie, elle tend nécessairement à s'ouvrir sans cesse de nouvelles sources pour y puiser de nouveaux moyens de solution. L'anatomie s'avance à son tour, et contracte une union intime avec la science des monstruosités. Enfin la philosophie naturelle et la zoologie viennent elles-mêmes mêler leurs lumières aux siennes, et de nouveaux succès couronnent cette nouvelle alliance.

---

(1) Pour la plupart des observateurs et non pour tous. Les ouvrages de plusieurs membres de l'Académie des sciences de cette époque présentent une honorable exception au caractère des travaux du commencement du dix-huitième siècle, et lient d'une manière intime cette seconde période avec la troisième.

C'est ainsi que des superstitions du dix-septième siècle, la science des monstruosités s'est élevée aux plus hautes considérations de la philosophie naturelle; et il a suffi de moins d'un siècle et demi pour opérer cette révolution, grande et mémorable par les résultats qu'elle a déjà fournis, et plus encore peut-être par ceux qu'elle promet à l'avenir.

Telle a été, si je ne me trompe, la marche de la science des monstruosités; tel est, autant qu'il m'a été possible de l'exprimer, sans sortir des limites que je me suis imposées dans cette dissertation, tel est l'esprit qui a dominé dans chacune de ses époques. Il m'a paru utile, avant de m'occuper de l'état actuel de la science, d'indiquer ce qu'elle a été : car le présent est né du passé, et ne peut être expliqué que par lui.

Je crois aussi utile, avant de m'occuper des monstres eux-mêmes, de présenter sur l'organisation en général quelques propositions applicables à la connaissance des faits de la monstruosité.

PROPOSITIONS GÉNÉRALES

SUR L'ORGANISATION.

I.

Les traces d'un même type se montrent au milieu des variétés innombrables de l'organisation animale.

Une même cause première, des lois communes dérivées d'une même cause première, ont produit toutes les variétés de l'organisation. Cette proposition est un corollaire de la précédente.

II.

Il y a harmonie entre toutes les parties d'un appareil organique, chez quelque animal que ce soit, que son organisation soit simple ou compliquée. C'est ainsi que les dents, dans les animaux où elles existent, présentent toujours des modifications en harmouie avec celles du canal intestinal, de l'estomac et des glandes salivaires, comme chacun le sait, et avec celles de la langue, comme je l'ai établi ailleurs.

Il y a harmonie entre tous les appareils organiques. C'est ainsi que l'appareil digestif, considéré dans son ensemble, présente toujours des modifications en harmonie avec celles de l'appareil locomoteur, des appareils sensitifs, etc.

Dans les animaux composés, soit normaux, soit anormaux, chez lesquels toutes les fonctions nécessaires à la vie s'accomplissent, il y a harmonie entre l'organisation de tous les individus réunis.

III.

Deux lois principales, l'une anatomique, l'autre physiologique, président donc à l'organisation de tout animal : la première est la loi d'*analogie*, d'uniformité d'organisation; la seconde, la loi d'*harmonie*, de coordination.

Il semble que la nature, dans la formation des êtres, ne puisse s'écarter de la loi d'analogie : il n'est pas douteux qu'elle peut s'écarter de la loi d'harmonie; seulement les êtres dont l'organisation est contraire à la loi d'harmonie ne peuvent vivre.

La loi d'analogie s'applique à l'essence des organes; c'est pourquoi je l'appelle *loi anatomique*.

La loi d'harmonie ne s'applique point à l'essence des organes; elle régit seulement les rapports qui les lient entr'eux et leurs fonctions, c'est pourquoi je l'appelle *loi physiologique*.

IV.

La loi d'analogie est plus générale que la loi d'harmonie : en effet, un être ne peut être créé que sous l'action de la première, tandis qu'un être ne peut vivre, ne peut durer, mais peut du moins être créé contrairement à la loi d'harmonie.

Peut-être même une partie des animaux aujourd'hui perdus ont-ils péri par le défaut d'harmonie parfaite de leurs organes, ou plus exactement, par le défaut d'une harmonie aussi parfaite que chez d'autres animaux. En effet, il est certain que tous ces êtres ont vécu plusieurs générations, et il serait absurbe de supposer à leur égard autre chose qu'une combinaison assez harmonieuse pour que la vie pût s'exécuter; mais cependant assez peu favorable pour que les chances de destruction augmentassent pour l'espèce, et que les chances de réparation diminuassent en même temps.

L'esprit peut se convaincre facilement de la vérité possible de cette supposition, qui, d'ailleurs, s'est plusieurs fois réalisée pour les êtres des temps modernes. Les chances de destruction (abstraction faite

de l'influence de l'homme), de conservation et de reproduction sont loin d'être les mêmes pour toutes les espèces, et cela seul explique pourquoi certains animaux, malgré les poursuites continuelles de l'homme, se conservent et ne diminuent pas sensiblement quant au nombre des individus, quand d'autres, moins exposées à ces poursuites diminuent rapidement, et que quelques-unes sont maintenant détruites.

Nous venons de voir une admirable coordination exister, 1°. entre les diverses parties d'un même appareil ; 2°. entre les divers appareils d'un animal ; 3°. entre les divers animaux réunis dans certains cas normaux ou anormaux pour former des êtres composés. De semblables remarques, beaucoup plus générales, peuvent encore être faites, et être étendues même à l'existence et à la distribution sur la surface du globe des êtres organisés : mais ces applications ne rentrent pas dans le sujet de cet article, et je les passe sous silence.

V.

Un organe ne peut croître sans qu'un autre organe, avec lequel il se trouve en rapport anatomique par l'intermédiaire des vaisseaux, ne décroisse dans la même proportion.

Cette loi, connue sous le nom de *loi du balancement des organes*, est applicable, soit que l'on compare entre elles deux espèces différentes, soit que l'on compare deux individus de la même espèce, mais différens par l'âge, par le sexe, ou par quelque anomalie.

Elle est également applicable, que l'on considère un organe sous le point de vue de son volume, de sa densité, etc., ou sous tout autre point de vue.

Enfin elle est applicable non-seulement entre deux organes, mais aussi entre deux appareils entiers, entre deux systèmes, ou même dans les êtres composés normaux ou anormaux, entre deux individus.

Une fonction peut profiter de la diminution d'une autre ou de sa destruction, puisque les fonctions varient comme les appareils. La

la loi du balancement est donc dans certaines limites et indirectement applicable aux fonctions.

VI.

Ainsi, en général, quand deux organes, appareils, systèmes ou individus sont en relation par l'intermédiaire de leurs vaisseaux, et qu'une certaine quantité de matériaux leur est fournie, il peut y avoir partage égal quant à la quantité et à la qualité, mais il peut y avoir aussi des inégalités de partage qui, dans ce cas, se font toujours sentir également, mais en sens inverse, sur l'un et sur l'autre.

VII.

C'est une conséquence presque rigoureuse des propositions précédentes que deux espèces voisines l'une de l'autre, mais entre lesquelles il existe une différence sur un point, doivent différer au moins sur un autre; car toute modification dans un sens doit entraîner aussi une modification dans un sens inverse.

La même conséquence est applicable aux variétés d'une même espèce.

Donc, en général, deux êtres ne peuvent différer par un seul point; principe vrai en théorie, mais qui peut être faux ou du moins le paraître dans l'application, parce que, lorsqu'un organe éprouve une modification, la modification qui doit exister en sens inverse peut ne pas paraître toute entière sur un organe, mais au contraire se diviser entre plusieurs organes, et, pour ainsi dire se disperser et se perdre sur eux. Il faudrait donc, dans ce cas, admettre, non pas que l'altération qui s'est faite dans un sens ne s'est pas faite dans l'autre, mais qu'elle s'est faite à la fois sur plusieurs organes, en sorte qu'au lieu d'une modification dans ce dernier sens, nous en aurions plusieurs, mais plusieurs peu ou point appréciables, à cause de leur peu d'intensité.

VIII.

Les conditions suivant lesquelles s'exerce le balancement des orga-

nes sont, sans aucun doute, réglées et déterminées par une nécessité, et non point livrées au hasard. Mais ces conditions ne pourront nous être connues que lorsque nous connaîtrons les lois qui président à la division et à la distribution des vaisseaux.

IX.

Quelle que soit la tendance de l'organisation animale vers l'uniformité, un organe peut manquer.

Lorsqu'il manque, ses élémens existent presque toujours, soit qu'ils soient devenus rudimentaires et sans fonctions, soit qu'ils soient devenus des parties accessoires de l'un des appareils physiologiques les plus voisins.

X.

C'est un fait démontré qu'un organe B, placé entre deux organes A et C, et ordinairement soudé avec A, tend à se réunir avec C, si A vient à manquer ou à être réduit à l'état rudimentaire. Ce fait rentre dans ce qu'on a appelé la *loi des affinités électives des organes;* loi qui est surtout applicable au système osseux.

XI.

Dans toutes les espèces, les jeunes individus, les fœtus surtout, quel que soit le degré de ressemblance qu'ils aient avec leurs parens, offrent toujours de l'analogie avec les animaux placés au-dessous d'eux et à une certaine distance dans la série animale. Cette distance est d'autant plus grande qu'ils sont plus jeunes.

Cependant il n'est aucune époque de la vie utérine où le fœtus d'une espèce placée vers le sommet de l'échelle animale, celui de l'homme en particulier, puisse être considéré comme se rapportant par son organisation à l'une des classes inférieures; et voici la raison de ce fait :

C'est que tous les organes de l'embryon ou du fœtus d'un animal quelconque offrent de l'analogie avec ceux des animaux inférieurs,

mais non pas tous avec ceux du même animal. Un mammifère, par exemple, peut, à l'état d'embryon, rappeler à la fois par un organe l'oiseau; par un second, le reptile; par un troisième, le poisson; et, de plus, l'ordre de ces rapports d'analogie peut varier.

XII.

La ressemblance des divers organes de l'embryon des animaux supérieurs avec les animaux inférieurs prouve rigoureusement l'analogie des animaux supérieurs avec les inférieurs, et la loi d'analogie, d'unité de composition organique est ainsi confirmée.

En effet, le fœtus ou l'embryon des premiers, qui leur est analogue sans aucun doute, étant analogue aussi aux derniers, l'analogie est rigoureusement établie entre les premiers et les derniers.

XIII.

L'unité de composition ou la loi d'analogie doit avoir pour conséquence l'analogie de l'organe sexuel mâle avec l'organe femelle : cette analogie est, en effet, démontrée par l'observation.

La loi d'harmonie s'observe également entre l'organe sexuel mâle et l'organe sexuel femelle, l'un et l'autre subissant toujours des modifications qui se correspondent. C'est que les organes mâles et femelles peuvent, sous le point de vue physiologique, être considérés comme appartenant au même appareil, lors même qu'ils se trouvent répartis entre deux individus, comme chez l'homme et les animaux supérieurs.

XIV.

Certaines facultés psychologiques (la pauvreté de notre langue m'oblige d'employer ici une expression peu exacte) sont toujours développées en raison inverse l'une de l'autre : c'est ce qui a lieu, par exemple, pour l'intelligence et l'instinct.

Les facultés psychologiques du fœtus ou de l'embryon des animaux supérieurs, offrent quelque analogie avec celles des animaux inférieurs ; et il y a alors une ressemblance passagère, qui s'efface ensuite, comme celle des organes.

Les facultés psychologiques paraissent donc suivre les mêmes lois qui président à la composition des organes.

XV.

La loi d'analogie se montre surtout dans la connexion des organes.

Il y a deux sortes de connexions, les unes essentielles et constantes, les autres accessoires et non constantes.

Il est peut-être possible de déterminer théoriquement quelles sont celles qui sont essentielles, et celles qui ne sont qu'accessoires. Cela serait peut-être même possible pour les os de la tête elle-même, du moins si l'on parvenait à déterminer rigoureusement tout ce qui a rapport à sa composition vertébrale.

XVI.

Les êtres rapprochés par leur organisation sont d'autant moins différens entr'eux qu'ils sont plus jeunes. Leurs conditions communes d'organisation deviennent de moins en moins apparentes, à mesure que la série des développemens amène des modifications nouvelles.

Ainsi, les organes sexuels mâles et femelles sont entièrement semblables chez les jeunes embryons.

XVII.

La nature tend à se répéter dans le même être, comme elle se repète dans la série des êtres, ou, en d'autres termes, un même type sert quelquefois à l'établissement de plusieurs des parties d'un même animal, comme un même type a servi à l'établissement d'un grand nombre d'animaux.

Ainsi dans l'homme, comme dans tous les animaux vertébrés et

articulés, la moitié droite et la moitié gauche présentent une ressemblance évidente. La symétrie extérieure est même parfaite chez l'homme et chez les vertébrés. La conformation de la tête s'écarte seule quelquefois de cette symétrie.

La moitié antérieure et la moitié postérieure du corps présentent aussi une ressemblance presque complète chez les animaux, et même chez plusieurs de ceux où la symétrie latérale est la moins parfaite. Cette ressemblance entre les moitiés antérieure et postérieure est au contraire peu ou point marquée chez l'homme et les animaux supérieurs; et les rapports signalés à cet égard par les anatomistes allemands sont plutôt apparens que réels.

Les membres thoraciques et les abdominaux sont composés d'élémens analogues : les quatre os du bassin étant comparables aux quatre os de l'épaule, le fémur à l'humérus, les deux os de la jambe aux deux os de l'avant-bras, le tarse et le métatarse au carpe et au métacarpe, enfin les phalanges des orteils aux phalanges des doigts. La rotule, ordinairement représentée au membre antérieur par l'apophyse olécrâne, y est quelquefois même un os distinct. *Rudolphi* et *Meckel* ont trouvé son analogue chez quelques reptiles, et j'ai moi-même décrit chez quelques mammifères très-rapprochés de l'homme (les chauve-souris) une rotule du coude entièrement semblable par sa disposition, sa forme et ses connexions à la rotule du genou.

XVIII.

Lorsqu'il existe plusieurs organes analogues par leur composition, leur disposition et leurs fonctions, et surtout lorsque ces organes sont placés en série linéaire, leur existence devient peu constante.

Ainsi le nombre des vertèbres, des doigts, des phalanges, des dents, etc., présente dans la série animale une multitude de variations, et le nombre des membres est lui-même loin d'être constant.

XIX.

Le développement primitif des organes se fait de dehors en dedans,

de la circonférence au centre, comme il résulte des travaux de M. *Serres*, et non de dedans en dehors, du centre à la circonférence, comme on l'avait admis jusqu'à ces derniers temps.

C'est une conséquence de la loi du développement excentrique que les organes impairs et médians soient composés de deux moitiés primitivement séparées et distinctes.

C'est encore une conséquence de la même loi, que les vaisseaux, les nerfs, les conduits etc., qui font communiquer deux organes placés l'un en dedans, l'autre en dehors, naissent de ce dernier, au lieu d'y aboutir, comme on le dit ordinairement.

Les propositions suivantes sont des corollaires de celles qui précèdent.

XX.

Les vaisseaux peuvent exister lors-même que le cœur vient à manquer, et l'absence du cerveau et de la moelle épinière n'entraîne pas nécessairement l'absence des nerfs cérébraux et rachidiens.

L'insertion des branches vasculaires et nerveuses sur les troncs, et des rameaux sur les branches, peut présenter une foule de variations d'une espèce à l'autre, et même entre les individus d'une même espèce.

Tous les canaux qui se portent des parties latérales de la cavité de l'abdomen vers les ouvertures inférieures ou postérieures du corps, comme les uretères, les oviductes, les conduits déférens et les canaux péritonéaux, présentent à leur terminaison un grand nombre de variations importantes, quand au contraire ils offrent presque constamment la même disposition à leur origine. C'est ainsi qu'il existe tantôt deux ouvertures, l'une génito-urinaire et l'autre anale, tantôt une seule, qui donne passage à la fois à tous les produits excrémentitiels; tantôt enfin trois ouvertures, l'une anale, l'autre génitale, l'autre urinaire, ou bien encore trois ouvertures, dont deux appartiennent aux canaux péritonéaux, et dont la troisième est commune au rectum, aux organes urinaires et à l'appareil sexuel.

PROPOSITIONS SUR LA MONSTRUOSITÉ.

Définitions et divisions.

XXI.

Toutes les espèces, principalement l'homme et les animaux domestiques, répandus comme lui dans des climats très-divers, et exposés à l'action d'un grand nombre de causes modificatrices, sont sujettes à une foule de variations dans la forme et le volume proportionnel des organes. Le même individu, observé dans deux âges, ou même dans deux saisons différentes, présente souvent de nombreuses et remarquables différences. Cependant, au milieu de toutes ces diversités, il existe un ensemble de traits communs à la grande majorité des individus qui composent une espèce, et c'est cet ensemble de traits communs qu'on nomme le *type spécifique*.

Toute déviation du type spécifique, ou, en d'autres termes, toute particularité organique que présente un individu comparé à la grande majorité des individus de son espèce, constitue ce qu'on appelle une *anomalie*.

Une anomalie ne doit donc pas être considérée, ainsi que l'indiquerait la composition étymologique de ce mot, comme une conformation irrégulière et désordonnée, mais simplement comme une conformation insolite, comme une conformation différente de celle que nous avons habituellement sous les yeux.

XXII.

Le mot *monstruosité* a souvent été employé comme synonyme d'*ano-*

malie, principalement par les auteurs les plus anciens et par les auteurs les plus modernes. Suivant cette manière de voir, toute altération du type spécifique est une monstruosité, depuis la plus légère jusqu'à la plus grave, depuis l'insertion insolite d'une branche vasculaire ou nerveuse jusqu'à l'anomalie qui entraîne la mort, ou change la forme, la disposition, la structure, les connexions, le nombre même des organes les plus importans.

Cependant on peut distinguer parmi les anomalies quatre classes, dont il semble qu'une seule doive porter le nom de *monstruosités.*

1°. *Anomalies légères* ne mettant obstacle à l'accomplissement d'aucune fonction, et ne produisant point de difformité. Ce sont les *variétés.*

2°. *Anomalies légères* rendant impossible ou difficile l'accomplissement d'une ou de plusieurs fonctions, ou produisant une difformité. Ces anomalies, déjà plus graves que celles de la première section, sont les *vices de conformation.*

3°. *Anomalies graves* ne mettant obstacle à l'accomplissement d'aucune fonction et non apparentes à l'extérieur. Elles n'ont point reçu de nom particulier : je les désignerai provisoirement sous celui d'*anomalies proprement dites.*

4°. *Anomalies graves* rendant impossible ou difficile l'accomplissement d'une ou de plusieurs fonctions, ou produisant, chez les individus qui en sont affectés, une conformation vicieuse très-différente de celles que présente ordinairement leur espèce. Ces dernières anomalies, les plus graves de toutes, sont les véritables *monstruosités.*

XXIII.

Il n'existe entre la variété et le vice de conformation aucune différence anatomique essentielle et constante. Ce sont deux anomalies légères qui peuvent être de même ordre, mais qui diffèrent par l'in-

fluence, nulle dans un cas, réelle et fâcheuse dans l'autre, qu'elles exercent sur les fonctions de l'être qui en est affecté.

Cependant il est à remarquer que les vices de conformation sont presque toujours produits par des arrêts dans le développement, ce qui n'a presque jamais lieu pour les variétés, et que celles-ci affectent presque constamment les organes internes, et principalement les vaisseaux et les nerfs, tandis que les vices de conformation sont, dans le plus grand nombre des cas, apparens à l'extérieur.

L'imperforation de l'anus, l'hypospadias, le phymosis congénial, le bec de lièvre sont des exemples de vices de conformation; la présence d'un muscle surnuméraire, ou l'absence d'un muscle qui peut être suppléé par ses congénères, l'existence d'une double artère rénale, l'insertion anomale d'une branche vasculaire ou nerveuse, sont des exemples de simples variétés.

XXIV.

Les anomalies de la troisième section ou anomalies proprement dites, qui ne diffèrent des variétés que par leur importance et leur étendue, n'ont point reçu de nom particulier. Cette lacune dans la langue anatomique peut être expliquée par le très-petit nombre de cas qui se rapportent à cette classe d'anomalies. Ce petit nombre ne peut donner matière à une objection contre les divisions que je viens d'établir, ni même devenir un sujet d'étonnement. On a, au contraire, quelque peine à concevoir la possibilité d'une anomalie grave, qui, loin d'empêcher l'accomplissement d'une fonction, ne produit pas même la plus légère difformité. Il existe cependant de telles anomalies, et l'exemple le plus remarquable est le cas de transposition complète des viscères, ou le *situs inversus*.

XXV.

Les monstruosités proprement dites peuvent être considérées comme des vices de conformation considérables, ou mieux comme des vices de conformation composés. Le degré de gravité établit seul une dif-

férence entre ces deux classes d'anomalies, les unes et les autres portant également sur la forme, la structure, la disposition, la connexion et même le nombre des organes.

XXVI.

Les anomalies de la troisième classe, ou anomalies proprement dites, portent le plus souvent sur la position des organes, mais quelquefois aussi sur leur forme, leur composition, et même leur nombre. A la vérité, l'augmentation ou la diminution numérique, lorsqu'elle a lieu, est ordinairement plutôt apparente que réelle, en ce sens qu'elle dépend presque toujours de la non-réunion des deux moitiés d'un organe, ou de la réunion insolite de deux organes ordinairement séparés. Le même nombre d'élémens organiques est donc conservé, malgré la différence dans le nombre des organes, et l'anomalie consiste seulement dans une combinaison nouvelle de ces élémens; encore est-il presque toujours possible d'expliquer les cas de non-réunion par un arrêt de développement, et pour les cas de réunion insolite, d'en apercevoir la cause prochaine dans une transposition.

Dans la monstruosité proprement dite, le nombre des élémens organiques est souvent diminué ou augmenté, aussi-bien que le nombre des organes eux-mêmes; d'où résulte un beaucoup plus haut degré d'anomalie.

XXVII.

Les divisions que je viens d'indiquer étant en partie basées sur le degré de gravité des anomalies, elles ne peuvent être considérées comme convenables et exactes que si une différence dans le degré de l'anomalie offre une considération d'une importance réelle, et secondement, elles ne peuvent être d'un usage facile que si l'on peut déterminer avec quelque précision quelles anomalies doivent être considérées comme peu importantes, quelles autres doivent être considérées comme véritablement graves. Les remarques suivantes me semblent propres à résoudre en grande partie ces difficultés.

XXVIII.

Et d'abord, il est facile de concevoir qu'une différence dans le degré de l'anomalie est en effet d'une importance réelle. La production d'une variété, et même (en faisant abstraction des effets qu'elle pourra exercer postérieurement sur l'organisation) la production d'un vice de conformation est un phénomène simple, isolé, sans influence, et pour ainsi dire purement local. Que, par exemple, l'artère brachiale vienne à se subdiviser dès la partie supérieure du bras, cette anomalie, que l'on rencontre assez fréquemment, n'entraîne ni la suppression, ni l'augmentation, ni même le changement de volume d'aucune partie de l'avant-bras et de la main, seulement l'insertion des branches et leurs rapports présentent de légères différences; différences qu'un examen anatomique peut seul révéler, et que rien n'indique à l'extérieur.

XXIX.

Au contraire, du haut degré des déviations organiques qui constituent les véritables monstruosités, découle nécessairement leur influence très-générale sur l'organisation des êtres qui les présentent. et, pour employer le langage des naturalistes, la subordination d'un grand nombre de caractères secondaires à la modification principale. De cette influence très-générale, de cette subordination de caractères, résulte à son tour la nécessité, chez les monstres, d'une conformation vicieuse dont les conditions se révèlent toujours à l'extérieur par des traits plus ou moins prononcés. Ainsi, chez les monstres, en restreignant ce mot à son sens véritable, aussi-bien que dans la série des espèces zoologiques, toute cause qui vient modifier d'une manière grave un organe placé à l'intérieur et important par ses connexions physiologiques ou anatomiques, entraîne d'une manière secondaire et médiate une altération extérieure, qui devient l'indice, et pour ainsi dire, l'interprète des modifications internes.

C'est ainsi que toutes les fois que l'on voit un monstre privé de

cœur et de poumon, l'examen de ses caractères extérieurs suffit pour que l'on puisse annoncer et pour ainsi dire décrire l'anomalie avant l'examen des organes internes.

XXX.

La possibilité d'appliquer à l'étude des monstres les principes de la méthode naturelle et les formes des classifications linnéennes, est un corollaire des remarques qui précèdent, et fournit une preuve nouvelle de l'importance que l'on doit attacher à une différence dans le degré de gravité de l'anomalie.

XXXI.

Ces considérations n'étant applicables qu'aux monstruosités proprement dites, il importe de les distinguer des autres classes d'anomalies. C'est ce qu'il est ordinairement facile de faire, surtout en ayant égard aux principes suivans, qui découlent des remarques déjà présentées.

Toute anomalie qui n'affecte pas à la fois les organes intérieurs et extérieurs, n'est pas une véritable monstruosité.

Il en est de même de toute anomalie qui ne consiste que dans un changement de position de quelques organes, dans l'augmentation ou la diminution de volume d'une seule partie, ou même dans l'augmentation ou la diminution de volume de toutes les parties, si toutes ont augmenté ou diminué suivant le même rapport.

Enfin, toute anomalie qui ne porte que sur des organes analogues à plusieurs autres par leur composition et leur disposition, et placés avec eux en série linéaire, doit être considérée comme très-peu grave, et ne constitue qu'une simple variété, ou tout au plus un vice de conformation.

Ce dernier principe, qui repose sur un grand nombre de faits zoologiques, est surtout fécond en applications.

XXXII.

La monstruosité peut être définie en donnant à ce mot la signification que nous venons de lui assigner, une déviation du type spécifique, vicieuse, grave, apparente à l'extérieur et congéniale.

Les conditions organiques dont cette définition renferme l'expression, diffèrent de celles que j'ai indiquées comme formant le caractère essentiel de la monstruosité; mais elles lui sont parfaitement équivalentes, et doivent lui être substituées dans une définition où il importe de ne placer que l'indication de caractères faciles à constater par l'observation.

XXXIII.

Les monstres se divisent naturellement en deux grandes classes, ceux dans lesquels on ne retrouve que les élémens d'un seul sujet, et ceux dans lesquels on retrouve les élémens de deux ou plusieurs fœtus.

Les monstres composés de plusieurs fœtus, que l'on peut appeler *monstres composés* en général, ou bien *monstres doubles* et *monstres triples*, suivant le nombre des sujets qui les composent, correspondent à ce qu'on a appelé, d'après *Buffon*, *monstres par excès*. Les monstres formés des élémens d'un seul sujet, et que l'on peut désigner sous le nom de *monstres simples*, correspondent aux deux groupes que *Buffon* désignait sous les noms de *monstres par défaut* et de *monstres par renversement* ou *fausse position des parties*. En effet, les deux groupes de *Buffon* ne peuvent être admis, beaucoup de monstruosités étant à la fois par défaut et par transposition.

Il y a même des monstruosités qui sont à la fois par excès et par défaut, ce qui est une conséquence de la loi du balancement des organes, et ce qui empêche qu'on ne puisse adopter les expressions inexactes dans beaucoup de cas, de *monstres par excès* et de *monstres par défaut*.

XXXIV.

La division que j'ai admise est, au contraire, à l'abri d'une telle objection. Il est à remarquer d'ailleurs qu'en ne rapportant au groupe des monstruosités que les cas qui lui appartiennent réellement, les deux classes de monstres sont toujours parfaitement distinctes. En effet, les sex-digitaires sont, pour nous, des individus mal conformés, et non des monstres; et nous évitons ainsi de graves difficultés qui ont arrêté la plupart des classificateurs, et dont on n'est sorti qu'en plaçant ces vices de conformation et d'autres cas analogues parmi les monstruosités doubles. Ce rapprochement, que les modernes n'ont fait qu'avec une sorte de répugnance, et parce qu'ils y étaient contraints par leurs principes, semblait, au contraire, si juste et si naturel aux anciens, que c'était une grande question parmi eux que de savoir s'il était convenable de faire, en faveur des sex-digitaires, une exception aux lois qui condamnaient à mort les enfans monstrueux.

XXXV.

La monstruosité par inclusion doit être rapportée à la première classe de monstruosités : c'est à tort, par conséquent, qu'on l'a désignée sous le nom de *duplicité monstrueuse par inclusion.* Cette monstruosité remarquable nous présente, en effet, un individu monstrueux développé dans un autre individu qui est bien conformé, peut jouir d'une bonne santé, vivre long-temps avec son fardeau, ou même s'en débarrasser par une sorte d'accouchement, et qui, par conséquent, ne peut pas plus être considéré comme un monstre, que ne le pourrait une femme affectée de grossesse extrà-utérine.

XXXVI.

C'est aussi à tort qu'on a rapporté à la classe des monstruosités par excès diverses anomalies qui consistent dans la non-réunion des deux moitiés d'un organe. Ainsi, les cas dans lesquels on rencontre une vessie bifurquée, ou même deux vessies réunies seulement vers

le col, bien loin d'être expliqués, comme on l'a fait, par un excès de développement, doivent l'être par un défaut de développement, ainsi que nous l'indique la théorie du développement excentrique.

XXXVII.

L'erreur inverse a été aussi quelquefois commise à l'égard des cas où, au lieu de deux organes placés dans l'état normal symétriquement l'un à droite, l'autre à gauche, il n'en existe qu'un seul, placé sur la ligne médiane, et résultant de l'union des deux qui existent dans l'état normal. Ces cas ont souvent été regardés comme des monstruosités par défaut, quoique l'anomalie ne consiste que dans la position insolite et la réunion inusitée de deux organes.

Rapports numériques et remarques sur les divers genres des monstruosités.

XXXVIII.

Les monstres doubles sont aussi fréquens chez l'homme, et plus fréquens chez les animaux, que les monstres simples.

Les monstres triples sont, au contraire, excessivement rares. On ne connaît aucun exemple de monstres composés de plus de trois sujets, quoique les anciens auteurs aient admis et représenté des monstres composés de sept et même d'un plus grand nombre de sujets (1).

Cette fréquence des monstres doubles, cette rareté des monstres plus que doubles, s'expliquent en partie, mais en partie seulement, par le résultat statistique suivant, déduit d'un très-grand nombre d'observations dont M. *Dugès* a publié récemment le relevé (2).

---

(1) Un observateur russe, *Ozeretskovsky*, a décrit et figuré dans les Mémoires de l'académie impériale de Saint-Pétersbourg, six chats adhérens entr'eux par l'intermédiaire de leurs cordons ombilicaux, et qui ont vécu plusieurs jours : mais ce n'est pas là un cas de monstruosité.

(2) Revue médicale, mars 1826.

Sur sept mille quatre cents accouchemens, on n'observe qu'un seul accouchement triple; sur le même nombre on en observe, au contraire, quatre-vingt-huit doubles.

Les accouchemens plus que doubles sont extrêmement rares; sur cent huit mille cas dont M. *Dugès* a fait le relevé, il ne s'est pas rencontré un seul exemple d'accouchement triple ou quadruple.

XXXIX.

Les monstruosités observées chez l'homme ont été presque toutes observées chez les animaux, et réciproquement. Quelques-unes sont également fréquentes chez l'homme et les divers genres d'animaux; quelques autres sont au contraire beaucoup plus communes dans un ou plusieurs genres d'animaux que chez l'homme; d'autres fois le rapport inverse a lieu.

Quelques-unes sont propres à certains genres d'animaux; d'autres n'ont été rencontrées que chez l'homme.

Je citerai quelques exemples de ces divers cas.

XL.

L'acéphalie véritable est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez les animaux. Sur quatre-vingt-huit observations que j'ai recueillies dans les auteurs, quatre-vingt-cinq appartiennent à l'espèce humaine, deux à l'espèce du mouton, une à celle de la chèvre. Il est à remarquer que la chèvre et la brebis portent ordinairement un ou deux petits, comme la femme.

On peut rapprocher des vrais acéphales un genre de monstres qui n'a point encore reçu de nom particulier, et dans lequel il existe, outre quelques rudimens de tête, une large ouverture buccale. Ce second genre de monstruosité est beaucoup plus rare que le précédent dans l'espèce humaine; il est plus fréquent parmi les animaux. Je n'en connais que deux exemples chez l'homme, et quatre chez les animaux, savoir : deux chez le cochon, un chez le mouton, un chez le veau.

XLI.

L'anencéphalie est exclusivement ou presque exclusivement propre à l'espèce humaine.

Il en est de même des genres qui se rapprochent de l'anencéphalie, tels que la dérencéphalie, la thlipsencéphalie, la nosocéphalie, etc.

XLII.

La rhinencéphalie, ou cyclopie, est fréquente chez l'homme et chez les animaux domestiques, principalement le cochon, le chat et le chien. On en connaît aussi quelques cas chez le veau, le mouton, et même chez le cheval.

Il n'y a pas jusqu'aux oiseaux qui ne puissent être affectés de cyclopie. Cependant, de tels cas sont assez rares.

Les autres monstruosités ou anomalies de la face sont également communes à l'homme et aux animaux : c'est surtout chez ces derniers qu'on les rencontre fréquemment.

Il est une partie de la face qui est surtout très-fréquemment chez les agneaux, le siége de vices de conformation assez remarquables : c'est la mâchoire inférieure, qui souvent est contournée et déviée de sa position naturelle, qui, dans d'autres cas, est beaucoup plus courte que la supérieure, et qui quelquefois même manque entièrement.

Quelques oiseaux, principalement le dindon, le poulet et le pigeon, ont aussi présenté de semblables anomalies, et principalement celle qui consiste dans la déviation des mandibules. Lorsque cette déviation a lieu, il arrive quelquefois qu'elle réalise presque complètement les conditions singulières que présente dans l'état normal le genre *loxia* ou bec-croisé.

XLIII.

Les membres, d'après quelques-unes des propositions préliminaires que j'ai établies au commencement de cette dissertation, doivent être

au nombre des parties les moins constantes dans leurs conditions d'organisation. C'est en effet ce qui a lieu. Ainsi, les membres de l'homme présentent une multitude de variations, et l'on peut dire même qu'il n'est aucune ou presque aucune des conditions normales des vertébrés inférieurs qui ne se trouve accidentellement réalisées chez lui.

Les membres des animaux présentent également un grand nombre de variations analogues à celles que subissent les membres de l'homme. Quelquefois des conditions humaines, si l'on peut s'exprimer ainsi, viennent à se réaliser accidentellement, mais toujours d'une manière plus ou moins incomplète. Il est aussi à remarquer que jamais la condition essentielle de la main de l'homme, celle du pouce très-mobile et opposable aux autres doigts, ne se montre chez les animaux, qui ne la présentent pas naturellement.

XLIV.

L'existence de membres courts et réduits à n'être plus que des moignons terminés ou non terminés par des doigts, se montre assez fréquemment chez l'homme, et aussi, quoique plus rarement, chez les animaux. Tantôt les deux paires de membres ont subi la même altération, tantôt l'une d'elles est restée bien conformée, comme je l'ai vu moi-même dans un hameau de Normandie, chez un enfant de dix ans.

Dans d'autres cas, chez l'homme et les animaux polydactyles, les membres conservent leur longueur ordinaire, mais ne sont plus terminés par des doigts, ou n'en ont qu'un nombre moindre que dans l'état normal. D'autres fois le nombre des doigts augmente, et est porté à six, sept et même huit. Lorsque cette anomalie affecte des animaux ordinairement monodactyles, didactyles ou tétradactyles, ils peuvent être ramenés aux conditions qui forment l'état normal de la plupart des animaux.

Le nombre des doigts est moins variable chez les oiseaux et les autres ovipares que chez les mammifères.

XLV.

Les membres thoraciques manquent quelquefois complètement; dans d'autres cas il n'en existe qu'un seul, qui tantôt est situé à droite ou à gauche, et tantôt sur la ligne médiane. Le membre thoracique unique est, dans ce dernier cas, ordinairement formé des deux membres, soudés l'un à l'autre.

Ces diverses anomalies se rencontrent également chez l'homme et les animaux.

Les membres abdominaux peuvent être soudés l'un à l'autre; ils peuvent être rudimentaires, et manquer même presque complètement chez les animaux comme chez l'homme; mais il est très-rare qu'ils manquent complètement: je ne connais même qu'un seul cas où l'on n'en ait retrouvé aucune trace (1).

L'existence des membres abdominaux est donc beaucoup plus constante que celle des membres thoraciques; fait très-remarquable en ce que la théorie indiquait un résultat précisément inverse.

XLVI.

L'augmentation numérique des membres (et je parle ici seulement de celle qui a lieu sans qu'aucune partie du tronc ou de la tête soit en même temps doublée) est surtout fréquente chez les oiseaux, principalement chez les oies et les poulets. L'existence de plusieurs ailes est plus rare que celle de plusieurs pattes; l'existence simultanée de plusieurs pattes et de plusieurs ailes est le cas le plus rare.

On ne connaît aucun exemple d'oiseaux ayant plus de quatre ailes ou plus de quatre pattes.

Vallisnieri rapporte l'observation d'une grenouille à cinq pattes.

Parmi les mammifères, le nombre des membres augmente moins fréquemment que chez les oiseaux. Les ruminans sont ceux chez les-

(1) Ce cas, observé chez l'homme, a été publié dans une dissertation imprimée à Berlin en 1825, et dont l'auteur est M. *Lieber*.

quels ces cas d'augmentation numérique sont le plus communs; l'homme est, au contraire, celui chez lequel ils sont le plus rares.

XLVII.

Les membres surnuméraires occupent le plus souvent une position semblable chez les individus de même espèce. Ainsi on rencontre dans les auteurs plusieurs exemples de bœufs ou de veaux portant sur une de leurs épaules, un cinquième membre qui pendait vers le sol sans y atteindre. J'ai vu moi-même deux cas presque exactement semblables.

Dans l'espèce du mouton, il existe le plus souvent deux membres surnuméraires, qui tantôt sont entièrement séparés, et tantôt réunis sur une partie de leur longueur. Ces membres naissent tantôt près des membres thoraciques, tantôt près des membres abdominaux, et tantôt enfin à égale distance de l'une et de l'autre paire, mais toujours ou presque toujours de la partie inférieure du corps, et non de la supérieure, comme dans l'espèce du bœuf.

Enfin, chez les oies et les canards, il n'existe ordinairement qu'une patte surnuméraire, naissant près de l'anus, et atteignant presque le sol.

XLVIII.

J'ai observé sur un canard de l'espèce commune, qui a vécu quelques années à la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle, et qui maintenant est conservé dans les collections de l'établissement, un fait que je crois unique dans la science, et qui mérite une attention toute spéciale: c'est l'existence à la partie supérieure de la tête d'une patte surnuméraire, palmée et entièrement semblable aux autres pattes d'un canard, à cela près qu'elle était plus petite. Cette patte, dont la position peut fournir une objection grave contre toutes les théories de la monstruosité, était très-bien formée chez le canard, encore jeune; mais au lieu de croître, comme les autres parties du corps, elle est restée stationnaire, ou plutôt même, elle est devenue moins apparente qu'elle ne l'était d'abord.

XLIX.

Les cas d'hermaphrodisme, peu rares chez l'homme, sont surtout fréquens chez les ruminans; on en a aussi rencontré quelques-uns chez les autres mammifères domestiques, et même chez quelques rongeurs sauvages. Un cas plus curieux encore, est celui qu'un zoologiste distingué des États-Unis, *M. Harlan*, a observé récemment chez un singe du genre gibbon.

Quelques cas d'hermaphrodisme ont été vus aussi dans plusieurs espèces de poissons. Enfin il n'est pas jusqu'aux insectes qui n'aient présenté des cas analogues : nous en citerons plus bas deux très-remarquables, observés par M. le professeur *Duméril.* (LXII.)

L.

On connaît chez l'homme un grand nombre de cas de transposition totale ou partielle de viscères. Les animaux n'en ont offert qu'un très-petit nombre, ce qui est loin de prouver que de telles anomalies soient rares chez eux.

LI.

Parmi les monstruosités composées, l'hétéradelphie est l'une des plus fréquentes chez l'homme. C'est aussi l'une des plus fréquentes chez les oiseaux et chez quelques mammifères, tels que le chat et le chien.

La monstruosité qui consiste dans l'union de deux sujets opposés ventre à ventre, unis par la poitrine, dont un seul est céphalé, mais où les deux corps sont d'égal volume, est au contraire plus commune chez les animaux, principalement chez les ruminans, que chez l'homme.

LII.

On connaît dans l'espèce humaine un grand nombre d'exemples de sujets complets ou presque complets, unis l'un à l'autre par la face antérieure.

Daubenton et *Morand* ont décrit un cas semblable qui leur a été fourni par l'espèce du cerf.

Bernard de Jussieu a aussi publié l'observation de deux poissons unis ventre à ventre, et qui ont vécu quelque temps.

LIII.

Quant à la monstruosité qui consiste dans l'existence d'un seul corps surmonté de deux têtes opposées face à face, elle n'a été observée que très-rarement, et chez l'homme seul.

LIV.

Les monstres formés de deux sujets unis entr'eux par le côté sont, en général, plus communs que ceux que composent deux sujets unis entr'eux par la face antérieure.

On connaît un assez grand nombre de cas de monocéphalie avec deux corps unis latéralement; mais la plupart d'entr'eux nous sont fournis par des animaux, principalement le cochon, le chat, le chien et le veau.

Les *synotus*, qui forment un genre particulier dans cette petite famille, sont peu rares parmi les ruminans. On en connaît aussi quelques-uns dans l'espèce humaine.

LV.

Les monstres à un seul corps surmonté de deux têtes opposées par le côté, sont au nombre de ceux que l'on rencontre le plus fréquemment. J'ai recueilli soixante-dix observations relatives à ce genre, et qui, au reste, sont loin d'être les seules que la science possède : parmi elles vingt-quatre se rapportent à l'espèce humaine, dix-huit à celle du veau, douze à celle du chat, six à celle du mouton et trois à celle du pigeon. Les autres espèces qui ont présenté des cas de ce genre sont, parmi les mammifères, le chien, le cerf, le cochon et la taupe; parmi les oiseaux, l'oie et le moineau.

On trouve aussi assez souvent de semblables monstruosités parmi les serpens.

LVI.

Les monstres formés de deux individus entiers ou presque entiers unis par le côté, sont presque aussi nombreux que ceux du groupe précédent. Les trois quarts environ des cas qui existent dans la science se rapportent à l'espèce humaine, les autres à divers ruminans, au chat, au lièvre, etc.

LVII.

Les monstres unis par la face postérieure du corps sont beaucoup moins nombreux que les autres monstres composés.

Le lièvre et le lapin sont à peu près les seules espèces chez lesquelles on ait observé deux corps unis postérieurement avec une seule tête.

Un dessin sans authenticité est le seul renseignement qui indique l'existence de ce genre dans l'espèce humaine.

LVIII.

L'une des espèces que je viens d'indiquer, le lièvre, est, avec l'homme, la seule dans laquelle on ait observé des monstres composés de deux individus complets ou presque complets, unis par la face postérieure. On ne connaît qu'un très-petit nombre de cas de ce genre.

LIX.

Le genre remarquable que M. le professeur *Dubreuil* a établi sous le nom *d'ischiadelphe*, n'est pas rare dans l'espèce humaine.

Aucun exemple ne m'est connu parmi les animaux.

LX.

L'espèce humaine est également la seule dans laquelle on ait observé le genre de monstruosité que caractérise un seul corps surmonté de deux têtes opposées et adhérentes par le sommet.

Les deux cas figurés par sir *Everard Home* dans ses leçons d'anatomie comparée, sont presque les seuls connus jusqu'à ce jour.

Au contraire, le genre singulier des hypognathes, dont plusieurs espèces ont déjà été observées, appartient tout entier à l'espèce du veau.

Cette dernière espèce est, comme on voit, remarquable par la tendance qu'elle semble avoir à produire des monstres en partie doubles.

LXI.

On ne connaît qu'un petit nombre de monstruosités ou même d'anomalies parmi les animaux sans vertèbres.

Cependant *Roesel*, *Tiedemann* et *Jaeger* ont rencontré diverses anomalies chez des écrevisses, anomalies qui, du reste, étaient peu remarquables en elles-mêmes. Il en existe aussi de très-analogues chez les crâbes : M. *Guérin*, entomologiste distingué, a bien voulu m'en communiquer un exemple.

Plusieurs auteurs parlent d'anomalies trouvées chez des papillons dont la tête était mal conformée. Ces anomalies paraissent être assez fréquentes ; mais d'autres cas, plus rares et plus remarquables, ont été observés sur divers insectes par M. le professeur *Duméril*, qui a bien voulu me les communiquer. Un sphynx du tilleul, ou smérinthe, et un demi-paon mâle lui ont offert le sexe mâle d'un côté et le sexe femelle de l'autre. Un syrphe lui a offert, en outre des six pattes normales, une septième articulée sur la partie supérieure du corselet. M. *Duméril* a aussi vu quelquefois des insectes à deux têtes. Enfin quelques autres entomologistes ont observé, comme M. *Duméril*, des papillons mâles d'un côté et femelles de l'autre. Cette dernière anomalie paraît être peu rare.

Il existe au Muséum royal d'histoire naturelle un scorpion à deux queues.

Les vers intestinaux, le ténia surtout, peut-être parce qu'il a été le plus étudié, ont présenté des anomalies plus nombreuses et plus

remarquables, et même de véritables monstruosités. Il existe au Muséum de Vienne un ténia dont l'un des bords est simple et l'autre double, et qui semble formé de deux sujets réunis et en partie confondus. C'est le cas le plus curieux que l'on ait observé parmi les animaux sans vertèbres.

Les coquilles, à cause de l'étude très-attentive qu'on en fait depuis long-temps, ont présenté un grand nombre d'anomalies ; mais ces anomalies ne peuvent guère être comparées à des monstruosités.

LXII.

On a dit que les espèces les plus élevées dans la série animale sont celles dans lesquelles on rencontre le plus fréquemment des monstruosités, et que c'est à cause de la perfection de son organisation que l'homme en présente un très-grand nombre. Quelques-uns des faits précédens semblent venir à l'appui de cette théorie.

Cependant d'autres la contredisent; car le ténia, celui de tous les invertébrés qui présente les anomalies les plus fréquentes et les plus remarquables, est loin d'être aussi élevé en organisation que la plupart des articulés et des mollusques. De même, parmi les vertébrés, il s'en faut de beaucoup que les espèces les plus élevées en organisation soient celles qui produisent le plus de monstres.

LXIII.

Tous les faits s'accordent à établir que si les animaux supérieurs, les mammifères et les oiseaux sont ceux qui fournissent le plus grand nombre de monstres, c'est parce qu'ils sont aussi ceux parmi lesquels le plus grand nombre d'espèces ont été réduites en domesticité.

D'une part, en effet, les animaux sauvages sont beaucoup moins exposés que les animaux domestiques à l'action de causes tendant à modifier leur organisation ; et, d'une autre part, lors même que les animaux sauvages viennent à produire des monstres, leur genre de vie nous en dérobe presque toujours la connaissance (1).

(1) Les végétaux, principalement ceux que l'on cultive dans les jardins, offrent

LXIV.

Il resterait, pour compléter le sujet que je viens de traiter, à indiquer les rapports qui existent entre le nombre des monstres et le nombre total des naissances, à examiner quelle influence l'âge, le tempérament, la profession des parens et une foule d'autres circonstances, peuvent exercer sur le nombre proportionnel des naissances de monstres. Mais il n'existe point encore de faits qui puissent conduire à la solution de ces importantes et difficiles questions. On trouve seulement, dans les Transactions philosophiques, une note extraite des registres du dispensaire général de Westminster, et d'où il résulte que sur dix-neuf cent vingt-trois enfans, il en est né huit mal conformés, ce qui donne environ un sur deux cent quarante.

Circonstances précédant ou accompagnant la naissance des monstres.

LXV.

Parmi les grossesses qui se terminent par l'accouchement d'un monstre, les unes ne présentent aucune circonstance particulière, et leur triste résultat cause autant d'étonnement que d'affliction; d'autres, au contraire, ont été troublées par une vive frayeur, par des chagrins, par une chute, par un coup reçu dans le ventre, ou par quelque autre accident survenu pendant la première moitié de la gestation. Souvent la mère paraît s'être rétablie complètement, et tout lui fait croire que l'accident qu'elle a éprouvé n'a laissé aucune suite fâcheuse. Dans d'autres cas, la mère, qui, jusqu'au moment de l'ac-

---

aussi un grand nombre de monstruosités ou d'anomalies, dont quelques-unes sont comparables à celles des animaux, et semblent soumis à des lois analogues. M. *Decandolle*, dans son Organographie végétale et dans divers mémoires, en a représenté et expliqué un grand nombre, et la plupart des botanistes attachent une grande importance à l'étude des anomalies et aux résultats qui peuvent en être déduits pour la connaissance des êtres normaux.

cident, avait eu une grossesse heureuse et jouissait d'une bonne santé, ne peut se rétablir, et reste souffrante jusqu'à l'époque de l'accouchement.

LXVI.

Les femmes qui ont donné naissance à des monstres étaient généralement très-fécondes. Presque toutes avaient déjà eu plusieurs enfans bien conformés.

Cette remarque n'est point applicable aux genres *nosocéphale* et *thlipsencéphale*.

LXVII.

On n'a qu'un petit nombre d'exemples de plusieurs monstres nés dans la même famille, soit de la même mère, soit d'une mère et d'une fille, etc.

Toutefois on ne doit pas conclure de là que de tels cas soient très-rares : car les familles dans lesquelles des monstres viennent à naître, cherchent toujours à tenir secret un événement qu'elles regardent comme un grand malheur et presque comme une chose honteuse.

Les vices de conformation sont, au contraire, très-souvent héréditaires. Il y a même, parmi les animaux domestiques, particulièrement dans l'espèce du chien, des races constantes qui ont pour principal caractère la présence d'un vice de conformation.

LXVIII.

Plusieurs genres de monstres naissent ordinairement à terme; d'autres ne parviennent jamais jusqu'au terme.

Parmi ces derniers, il en est qui naissent à une époque déterminée, qui est à leur égard une sorte de terme. Pour d'autres genres, l'époque de la naissance est très-variable.

Je ne citerai que deux exemples.

LXIX.

Les acéphales naissent ordinairement de six à huit mois : cepen-

dant on a des observations de sept semaines à neuf mois. Quand leur naissance précède six mois, on trouve toujours dans l'observation, si elle est complète, l'indication d'une cause accidentelle qui a avancé l'accouchement.

Les anencéphales naissent ordinairement à huit mois, quelquefois plus tôt.

Quant aux autres genres voisins (et il en est de même de presque tous les autres monstres), on possède encore trop peu d'observations pour qu'il soit possible de présenter à leur égard quelque généralité.

LXX.

Les monstres sont très-fréquemment jumeaux, même les monstres composés. Le frère jumeau du monstre est presque toujours bien conformé.

Ces remarques ne sont point appliquables aux nosocéphales et thlipsencéphales.

LXXI.

Les circonstances que je viens de noter d'une manière générale sont surtout constantes chez les acéphales, et elles sont déjà même bien connues à leur égard.

Quelquefois même les acéphales sont plus que bijumeaux : on les a vus naître trijumeaux, et même quadrijumeaux. Dans un cas, le monstre est né avec deux jumeaux et une mole.

Dans un autre cas très-remarquable, il n'y avait point de second fœtus; mais une mole volumineuse en tenait la place.

Le jumeau d'un acéphale est ordinairement de même sexe que lui.

Le placenta est commun au monstre et au jumeau; lorsqu'il y a plusieurs jumeaux, le placenta est commun à tous, ou seulement au monstre et à un autre.

L'individu bien conformé vient au monde le premier. Quand il y a plusieurs jumeaux, le monstre peut naître entre deux autres.

Quelquefois l'acéphale naît presque aussitôt que son frère; dans

d'autre cas il s'écoule un long espace de temps entre la naissance de l'un et celle de l'autre.

LXXII.

Dans les cas peu fréquens où deux jumeaux naissent affectés d'un vice de conformation, celui que présente l'un d'eux est quelquefois inverse de celui que présente l'autre.

La même chose a été observée quelquefois entre deux frères non jumeaux.

LXXIII.

Les monstres à tête incomplète naissent ordinairement, mais non toujours, avec beaucoup de facilité. L'accouchement est surtout très-facile lorsque le fœtus est acéphale; l'absence de la tête et la naissance précoce sont les causes évidentes de ce fait. Les acéphales naissent le plus souvent par les pieds.

L accouchement, dans le cas où le résultat de la grossesse est un monstre composé, se fait souvent sans difficulté, même lorsqu'il existe deux têtes.

Circonstances relatives au monstre lui-même.

LXXIV.

J'indiquerai d'abord deux faits qui se lient d'une manière évidente avec ceux que je viens de rapporter.

Les deux sujets dont la réunion forme un monstre composé sont ordinairement de même sexe.

Dans les cas peu fréquens où, en outre de la monstruosité, ils naissent affectés d'un vice de conformation, celui que présente l'un d'eux est quelquefois inverse de celui que présente l'autre. Dans d'autres cas, il lui est au contraire analogue. Enfin il est aussi des cas où l'un des des deux sujets est seul affecté de vice de conformation, et d'autres dans lesquels l'un et l'autre présentent des vices de conformation entre lesquels il n'est possible de saisir aucun rapport.

Le plus souvent, les deux sujets sont très-bien conformés, abstraction faite des conditions qui appartiennent essentiellement au genre de monstruosité dont ils sont affectés.

LXXV.

Il n'est pas exact que la plupart des monstres soient femelles, comme on l'a presque toujours dit, et comme la théorie semblait l'indiquer (1).

Ce fait général est en particulier très-inexact à l'égard des acéphales, quoique ce soit principalement au sujet des monstres par défaut qu'on l'ait établi et répété.

Le tableau synoptique suivant présente, à l'égard de ce dernier genre, les résultats fournis par les observations que j'ai recueillies.

	NOMBRE TOTAL des individus.	MALES.	FEMELLES.	SANS SEXE distinct(2).	OBSERVATIONS incomplètes.
Acéphales présentant des membres supérieurs entiers ou rudimentaires.....	19	6	11	0	2
Acéphales dipodes, ou ne présentant que les membres inférieurs.....	54	21	19	6	8
Acéphales très-mal conformés.....	15	2	1	2	10
TOTAUX.....	88	29	31	8	20

(1) Lex est generalis paucis tantùm exceptionibus subjecta, *monstra feminina longè sæpiùs occurrere masculinis.* (MECKEL, *de dupl. monstr. comm.*, p. 14.)

(2) Parmi les acéphales que j'ai placés dans cette section, les uns n'ont pré-

LXXVI.

Les anencéphales et tous les autres monstres céphalés sans cerveau présentent des résultats analogues. Peut-être même le nombre proportionnel des mâles est-il un peu plus élevé parmi eux que celui des femelles.

LXXVII.

Les hermaphrodites, dont il est possible de déterminer le sexe, appartiennent en nombre à peu près égal au sexe mâle et au sexe femelle.

LXXVIII.

Enfin voici quelques exemples pris parmi les monstres doubles.

Parmi les monstres à un corps surmonté de deux têtes opposées par la face latérale, je trouve, en ne tenant compte que des observations bien complètes, onze individus mâles, onze femelles et un hermaphrodite, qu'il n'a pas été possible de ramener à son véritable sexe.

Parmi les monstres composés de deux corps réunis par la face antérieure et surmontés d'une seule tête, je trouve quatre sujets bifemelles et cinq bimâles. Un dixième sujet était mâle pour un corps et femelle pour l'autre. Enfin il y a aussi plusieurs observations où le sexe du sujet principal a été seul indiqué : le sexe mâle s'est présenté cinq fois, et le sexe féminin deux fois.

LXXIX.

Parmi les monstres les plus composés de tous, c'est-à-dire parmi ceux qui résultent de l'union de deux sujets complets ou presque complets, on ne trouve plus la même égalité entre les nombres pro-

---

senté aucune trace d'organes sexuels; les autres, et c'est le plus grand nombre, avaient des organes génitaux plus ou moins développés, mais on n'a pu déterminer leur sexe.

portionnels des deux sexes. Le tableau synoptique suivant, dans lequel je n'ai pas compris un grand nombre d'observations peu complètes, montre qu'il y a, pour cette classe de monstres, une prédominance réelle du sexe féminin.

	NOMBRE TOTAL des individus.	BIMALES.	BIFEMELLES.	MALES D'UN CÔTÉ et femelles de l'autre.	BIHERMAPHRODITES.	AGAMES.
Deux sujets réunis par la face latérale.	23	6	12	2	1	2
Deux sujets réunis par la face antérieure.....	14	6	8	0	0	0
Deux sujets réunis par la face postérieure.....	4	1	3	0	0	0
TOTAUX.....	41	13	23	2	1	2

Ce tableau synoptique peut aussi servir à montrer combien il est rare que les deux sujets réunis présentent des sexes différens. Je puis même remarquer que les deux observations qui donnent les deux sexes réunis sur le même monstre, laissent à désirer sous le rapport de l'exactitude et de la précision.

LXXX.

Les monstres ne sont pas des êtres malades. Lorsqu'ils naissent, ils sont gras et présentent toutes les apparences de la meilleure santé.

Si la plupart d'entr'eux meurent bientôt après leur naissance, ce n'est donc pas qu'ils soient frappés de maladie : c'est que leur organisation ne peut suffire aux fonctions dont la vie extra-utérine nécessite l'accomplissement.

C'est avec juste raison que les monstres ont été comparés aux poissons, qui ne peuvent vivre hors du milieu liquide, parce que leur organisation, et en particulier leur branchies, très-propres à la vie et à la respiration aquatiques, ne suffisent pas à la vie et à la respiration aérienne. Une maladie et une monstruosité sont donc deux choses très-différentes. La première, survenant après que les organes se sont formés (ce qui, on le comprend bien, peut avoir lieu même chez l'embryon), les éloigne des conditions normales auxquelles ils étaient déjà parvenus; l'autre, survenant avant ou pendant leur formation, les empêche d'arriver à ces mêmes conditions normales: l'une change ce qui a déjà été fait, l'autre ce qui se fera. En d'autres termes, une maladie est une déformation; une vraie monstruosité est une mauvaise formation.

Viabilité des monstres.

LXXXI.

Il est un grand nombre de monstres qui meurent toujours en naissant, d'autres qui vivent quelques heures, d'autres qui sont même parfaitement viables.

Sous ce rapport, comme sous tous les autres, chaque genre a ses conditions propres, conditions qu'il est possible de déterminer d'une manière assez précise.

LXXXII.

Les acéphales, à quelque section qu'ils appartiennent, ne peuvent vivre; ils viennent au monde déjà morts, ou tout au plus exécutent en naissant quelques mouvemens obscurs, et meurent aussitôt.

LXXXIII.

Les monstres céphalés qui manquent de cerveau ne sont pas viables, soit que la moelle épinière manque complètement, comme chez les anencéphales, soit qu'elle manque en partie, comme chez

les dérencéphales, soit qu'elle existe tout entière comme chez les nosocéphales et les thlipsencéphales. Toutefois ces monstres peuvent vivre plusieurs heures, même plusieurs jours (1), exécuter des mouvemens, pousser des cris et même prendre le sein.

Il est à remarquer que les anencéphales, quoique chez eux le système nerveux soit encore beaucoup plus imparfait que dans les genres voisins, peuvent vivre aussi long-temps qu'aucun d'entr'eux.

LXXXIV.

Les monstres chez lesquels le cerveau existe, mais est mal conformé et placé hors du crâne, meurent presque toujours dans l'espace de quelques heures, comme les anencéphales. Souvent même ils meurent avant de naître ou en naissant.

On rapporte cependant un cas de notencéphale parvenu à l'âge adulte, et qui peut-être même serait encore présentement vivant; mais ce cas manque d'authenticité.

LXXXV.

Les rhinencéphales ne sont pas viables; presque tous meurent quelques instans après leur naissance; d'autres vivent un petit nombre d'heures.

Les animaux affectés de rhinencéphalie paraissent vivre un peu plus long-temps que les rhinencéphales humains.

LXXXVI.

Toutes les anomalies qui portent seulement sur les membres, quel que soit leur degré de gravité, n'empêchent pas que les êtres qui en sont affectés ne soient viables.

Toutefois on peut dire, d'une manière générale, que les chances de

---

(1) *Heyshan* parle d'un de ces monstres qui vécut six jours, et *Bayle* en mentionne un autre qui ne mourut qu'au bout d'une semaine.

vie sont moins grandes pour les individus dont les membres présentent de graves anomalies, que pour les individus bien conformés.

LXXXVII.

Les hermaphrodites, à quelque section qu'ils doivent être rapportés, sont viables.

L'accomplissement des fonctions de la génération est même possible chez un grand nombre d'entr'eux, soit parmi les hermaphrodites mâles, soit même parmi les hermaphrodites femelles. Ce dernier cas est plus rare que le premier.

LXXXVIII.

L'existence d'un double vagin et d'une double matrice n'empêche ni la viabilité ni l'aptitude aux fonctions de la génération.

Les individus chez lesquels le rectum s'ouvre dans l'urètre, ou qui présentent quelque autre vice de conformation analogue, sont viables, pourvu que l'excrétion des urines et des matières fécales soit possible.

L'occlusion de la vulve avec absence du vagin n'empêche même pas toujours la fécondation, lorsque les organes sexuels communiquent avec le rectum.

Ces anomalies, assez fréquentes dans l'espèce humaine et chez les mammifères domestiques, réalisent d'une manière remarquable les conditions organiques qui forment l'état normal de quelques autres mammifères et de divers ovipares.

LXXXIX.

Les monstres chez lesquels les viscères ne sont pas renfermés dans la cavité de l'abdomen naissent sans vie, ou meurent bientôt après leur naissance.

Le *situs inversus* n'empêche pas la viabilité; il ne paraît même pas diminuer les chances de vie pour les individus qui en sont affectés.

Au contraire, les individus affectés de transposition particlle naissent ordinairement avant terme et sans vie.

XC.

Parmi les monstres doubles, il n'est qu'un petit nombre de genres qui soient viables.

Tels sont d'abord les hétéradelphes. La plupart de ceux dont les auteurs font mention ont vécu assez long-temps, et plusieurs même sont parvenus à l'âge adulte. Tel est en particulier l'hétéradelphe de Chine, qui vraisemblablement est encore vivant.

XCI.

Les autres monstres à deux corps surmontés d'une seule tête meurent ordinairement peu d'heures après leur naissance, souvent même ils viennent au monde déjà morts.

Toutefois on rapporte qu'un lièvre monocéphale à deux corps fut pris à la chasse en 1585, et porté au prince palatin. Cette observation, rapportée dans les Éphémérides des curieux de la nature, est-elle bien authentique?

Je crois devoir encore moins m'appuyer sur un dessin inédit, existant au Muséum d'histoire naturelle, et qui représente un sujet humain monocéphale, ayant deux corps unis par la face postérieure, et paraissant avoir vécu quelque temps. Quelques faits de même ordre, mais aussi peu certains, sont aussi rapportés par les anciens auteurs.

XCII.

M. *Serres* a remarqué que les monstres doubles supérieurement sont plus généralement viables que les monstres doubles inférieurement; et il a expliqué ce fait par la présence de deux cœurs chez les premiers, d'un seul chez les seconds. Dans les monstres doubles supérieurement, il existe donc un cœur et une circulation pour chacun des deux sujets, qui ont ainsi en quelque sorte leur vie propre et indépendante.

Cette explication convient très-bien à un groupe très-remarquable de monstres que caractérise un corps simple au-dessous de l'ombilic et double au-dessus, chaque poitrine étant surmontée d'un cou et d'une tête, et portant deux bras. Ces monstres ne sont pas très-rares, et ils vivent presque tous plus ou moins long-temps; plusieurs ont atteint l'âge adulte.

XCIII.

On doit rapprocher de ce groupe un genre beaucoup plus rare. Je veux parler de monstres ayant un corps surmonté d'une tête complète et bien proportionnée, et, de plus, une autre tête beaucoup plus petite, placée beaucoup plus bas, et portée sur un cou qui semble sortir de la poitrine. La petite tête a le visage tourné plus ou moins directement vers la poitrine du sujet principal.

Ces monstres, rares et très-curieux, sont viables. *Winslow* donne la description d'un individu conformé ainsi que je viens de le dire, et que l'on montrait publiquement dans une foire en 1698. Le monstre avait alors dix-huit ans.

XCIV.

Les monstres que caractérise un corps surmonté de deux têtes distinctes opposées par leur face latérale, meurent ordinairement peu de temps après leur naissance, lorsqu'ils sont venus au monde vivans.

Cependant les anciens auteurs citent quelques exemples, peu authentiques il est vrai, de monstres de ce genre parvenus à l'âge adulte.

Les polyopses, qui diffèrent des précédens en ce que les deux têtes sont en partie confondues, sont très-certainement viables.

XCV.

Les hypognathes sont également viables. Toutefois, les animaux qui présentent ce genre de monstruosité (on ne l'a encore observé que chez le veau) exigent des soins particuliers, la position de la tête

surnuméraire empêchant qu'ils ne puissent facilement saisir leur nourriture.

Les monstres à un corps surmonté de deux têtes placées bout à bout et adhérentes par le sommet de la tête, sont également viables.

XCVI.

Parmi les monstres composés de deux sujets complets ou presque complets, les ischiadelphes semblent devoir être réputés viables; cependant tous ceux que l'on a vus naître jusqu'à présent sont morts au bout d'un petit nombre de jours, un seul excepté. Ce dernier a été vu vivant au commencement du deuxième mois; mais on ne sait s'il est mort promptement ou s'il a vécu long-temps après.

En général, les ischiadelphes dont la naissance a été le moins précoce (ceux, par exemple, qui sont nés à huit mois), et chez lesquels les organes sexuels et l'anus des deux sujets étaient le plus séparés, sont ceux qui ont vécu le plus long-temps.

XCVII.

Les autres monstres composés de deux sujets complets ou presque complets, peuvent être, quels que soient leurs rapports de position, partagés en deux sections principales : ceux qui ne sont unis que par une adhérence superficielle, et ceux où il y a union intime et profonde.

Les premiers sont viables; les seconds, au contraire, meurent ordinairement bientôt après leur naissance.

XCVIII.

Il est à remarquer que tous les monstres composés, quelle que parfaite que puisse être leur organisation, ont toujours beaucoup moins de chances de vie que les individus bien conformés. En effet, la mort de l'un des deux sujets entraîne toujours celle de l'autre; chacun d'eux est ainsi exposé à mourir de ses propres maladies et de celles de son frère.

En outre, les monstres doubles, quelle que soit leur organisation, naissent presque toujours avant terme.

Remarques générales sur les caractères et l'organisation des monstres.

XCIX.

Plusieurs monstruosités ou vices de conformation sont quelquefois réunis sur le même sujet.

Ainsi on connaît quelques exemples d'anencéphales chez lesquels les viscères étaient flottans hors de l'abdomen. Il existe dans les collections anatomiques du Muséum d'histoire naturelle un fœtus double bi-anencéphale. Des cas plus ou moins analogues sont rapportés par les auteurs en assez grand nombre.

On ne doit pas placer dans la même catégorie les cas dans lesquels on trouve avec une monstruosité un vice de conformation qui l'accompagne constamment, et qui en est l'un des caractères, ou, si l'on veut, l'un des symptômes. Par exemple, tous les acéphales ont les membres mal conformés et incomplets quant au nombre des doigts ; et telle est même la constance et la fixité de ce caractère, qu'on pourrait, sur le seul examen d'un pied de fœtus acéphale, rapporter ce fœtus à son véritable genre, et annoncer *à priori* qu'il manque de tête, de cœur et de poumons.

C.

D'après les recherches de M. *Serres*, on peut dire d'une manière générale, que lorsqu'un organe est double, le tronc vasculaire qui le nourrit est double aussi, de même que l'absence d'une partie est liée nécessairement à celle de son artère.

Ainsi, lorsque les extrémités thoraciques manquent, il n'existe pas d'artères axillaires; si elles sont doublées, il existe quatre artères axillaires.

Lorsqu'il existe deux têtes adossées, les carotides primitives donnent

quatre branches au lieu de deux; lorsqu'il existe deux têtes et deux cous, il existe deux aortes ascendantes.

La distribution des nerfs chez les monstres suit la même loi que celle des vaisseaux.

Les artères et les veines peuvent exister en l'absence du cœur, et les nerfs cérébraux et rachidiens en l'absence du cerveau et de la moelle épinière.

CI.

Toutefois la théorie de M. *Serres*, quelque générale qu'elle soit, n'embrasse pas trois genres de monstruosité dont l'organisation est malheureusement peu ou point connue, l'hypognathie, la monstruosité que caractérise un corps surmonté de deux têtes unies par le sommet du crâne, et placées l'une à la suite de l'autre, et enfin l'anomalie que m'a présentée le canard dont j'ai indiqué les caractères principaux dans l'un des paragraphes précédens (XLVIII).

Ce dernier cas forme aussi une exception à une loi générale posée par quelques anatomistes français et allemands, et à laquelle on ne peut, à ma connaissance, opposer aucune autre objection; c'est que les anomalies sont renfermées dans des limites telles, qu'aucun organe ne peut être transporté loin de la place qu'il occupe ordinairement. On voit que cette loi, très-remarquable, et je puis le dire, malgré l'exception que je viens de citer, très-constante, n'est qu'un corollaire de la théorie de M. *Serres*.

Les lois que je viens d'indiquer appartiennent également à toutes les classes de monstres. D'autres sont propres, soit aux monstres simples, soit aux monstres composés.

Remarques sur l'organisation, les caractères et la classification des monstres composés.

CII.

Parmi les lois propres aux monstres composés, les plus remar-

quables sont les suivantes (1); dans tous les monstres doubles, les deux sujets sont toujours unis l'un à l'autre par les faces homologues. Ainsi, lorsqu'un des sujets est adhérent par la face ventrale du corps, c'est toujours à la face ventrale du corps de son frère qu'il est uni, et jamais à sa face dorsale ou à l'une de ses faces latérales.

De plus, les deux sujets sont presque toujours placés et leurs organes disposés symétriquement des deux côtés de la ligne ou du plan suivant lequel s'est faite l'union. Cette ligne ou ce plan peut être nommé l'*axe d'union*.

L'expression de *ligne médiane* étant doublement inexacte à l'égard des monstres, je lui substituerai le nom d'*axe vertébral*, déjà usité dans la science.

CIII.

Il y a ainsi dans les monstres doubles trois lignes à considérer; savoir, la ligne médiane de chacun des deux sujets ou les deux axes vertébraux, et l'axe d'union, qui est, si l'on veut, la ligne médiane du monstre tout entier. La considération de ces lignes est très-utile, lorsqu'on veut se rendre compte d'une monstruosité double.

Les monstres doubles peuvent être divisés sous ce point de vue en trois groupes principaux, dont les deux premiers forment des ordres que l'on doit regarder comme très-naturels; le troisième, quoique le moins nombreux de tous, doit être divisé en deux ordres, selon qu'il existe un ou deux cœurs.

1°. Monstruosités où les trois axes sont parallèles entr'eux.

2°. Celles où l'axe d'union est oblique sur les axes vertébraux.

3°. Celles ou l'axe d'union leur est perpendiculaire.

L'axe d'union est toujours placé entre les axes vertébraux, quels que soient ses rapports avec eux, ce qui est une conséquence des lois qui régissent la position des monstres composés.

---

(1) Voyez *Geoffroy Saint-Hilaire*, article *Monstres* du Dictionnaire classique, et Mém. sur les hypognathes, Mém. du Mus., tom. XIII.

Enfin, ce qui résulte encore de ces mêmes lois, les deux axes vertébraux sont placés l'un à la suite de l'autre (je ne dis pas dans la même direction) quand l'axe d'union leur est perpendiculaire, et ils sont obliques l'un sur l'autre quand l'axe d'union est oblique sur eux. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'ils sont parallèles entr'eux quand l'axe d'union leur est parallèle.

CIV.

Les monstres triples, s'il est permis de conclure du très-petit nombre de faits que possède la science, sont soumis aux mêmes lois que les monstres doubles; seulement, comme il existe trois sujets au lieu de deux, il existe trois axes vertébraux et deux axes d'union.

Il ne serait pas plus difficile de se rendre compte des monstres composés d'un plus grand nombre d'individus; si la nature venait à en présenter, et qu'ils fussent soumis aux mêmes lois que les monstres doubles, on conçoit qu'il y aurait autant d'axes vertébraux que d'individus, et un axe d'union de plus.

On peut dire aussi d'une manière générale, même en comprenant dans ces considérations les monstres simples, que chez tous les monstres formés d'un nombre impair d'individus, l'axe central du monstre coïncide avec l'axe vertébral de l'individu ou de l'un des individus qui le composent, et que chez tous ceux qui sont composés d'un nombre pair, cet axe central coïncide avec l'axe d'union des deux individus, s'il y en a deux, et des individus placés le plus en dedans, s'il y en a plus de deux.

CV.

Dans les monstres simples, et même dans tous les êtres symétriques, les deux moitiés du corps peuvent être comparées à deux individus simples, réunis pour composer un individu double : car les lois qui régissent l'union des deux moitiés du corps sont exactement les mêmes que celles qui régissent l'union des deux sujets qui forment un monstre double.

Sous le point de vue le plus général, et en appelant une moitié cet ensemble de parties qui se trouve deux fois répété chez les animaux symétriques, on peut donc dire qu'il y a des animaux formés d'une moitié, d'autres de deux moitiés, comme l'homme; d'autres de quatre moitiés, comme les monstres doubles; d'autres enfin de six moitiés, comme les monstres triples.

Pour les premiers, il n'y a ni axe vertébral, ni axe central, ni axe d'union; pour les seconds, il existe un axe qui est à la fois axe vertébral et axe central; pour les troisièmes, trois axes, savoir, deux axes vertébraux et un axe d'union, qui est central; pour les derniers, cinq axes, savoir, deux axes d'union, et trois axes vertébraux, dont l'un est en même temps axe central.

CVI.

Outre les monstres formés de quatre ou six moitiés, il en est d'autres parmi les composés qui équivalent à trois ou à cinq moitiés d'individus, et même parmi les monstres simples, d'autres qui équivalent à une moitié; mais ces genres remarquables ne présentent pas les élémens d'une, trois ou cinq moitiés, dans le sens où nous avons employé ce mot, mais les élémens incomplets de deux, quatre ou six moitiés, et les lois qui président à leur composition sont les lois générales que j'ai déjà indiquées.

Pour ce qui concerne les monstres doubles en particulier, les êtres anomaux formés de trois moitiés doivent donc être réunis à ceux qui sont formés de quatre moitiés complètes; et il en est de même, d'une manière générale, de tous ceux qui sont formés de plus de deux moitiés.

On va voir d'ailleurs que ces genres remarquables rentrent très-bien dans les divisions que j'ai indiquées parmi les monstres doubles.

CVII.

Le premier ordre de la classe des monstruosités doubles est celui où l'axe d'union est parallèle aux axes vertébraux. Je n'ai pas besoin

de dire que le mot *parallèle* n'est pas pris ici dans son sens mathématique. Le parallélisme parfait ne s'est peut-être jamais rencontré dans les productions de la nature vivante.

Ce premier ordre comprend des monstres composés, pour la plupart, de deux individus complets ou presque complets, et parmi lesquels on doit distinguer plusieurs genres, suivant que l'union est antérieure, postérieure ou latérale, suivant qu'il y a soudure et fusion profonde ou simple adhérence, et, pour ce dernier cas, suivant que l'adhérence est très-étendue ou bornée à un point du thorax, de l'abdomen, etc.

CVIII.

Le second ordre comprend les monstruosités doubles, où l'axe d'union est oblique sur les axes vertébraux, qui eux-mêmes sont obliques entr'eux.

De la direction oblique des axes, il résulte qu'ils sont nécessairement plus rapprochés entr'eux à l'une de leurs extrémités qu'à l'autre.

De plus, il arrive que tantôt les axes se rapprochent à leur extrémité céphalique ou à leur extrémité pelvienne sans se rencontrer, ou qu'ils se rencontrent seulement à leur terminaison, et que tantôt, au contraire, ils se rencontrent avant leur terminaison. Dans le premier cas, les trois axes sont partout distincts; dans le second, ils coïncident entr'eux depuis leur point de rencontre jusqu'à leur terminaison.

De là des différences importantes qui peuvent servir à subdiviser en trois tribus l'ordre extrêmement nombreux que caractérise l'obliquité des axes.

Il est à remarquer que dans cet ordre les trois axes subissent toujours nécessairement les mêmes modifications. En effet, les deux axes vertébraux ne peuvent se rapprocher ou se confondre entr'eux sans se rapprocher de l'axe d'union ou se confondre avec lui, puisque celui-ci leur est nécessairement intermédiaire; et l'axe d'union ne peut

non plus se confondre avec un des axes vertébraux, ou même s'en rapprocher, sans le faire également à l'égard de l'autre; car s'il n'en était pas ainsi, la symétrie serait détruite.

CIX.

La première tribu du second ordre doit comprendre les genres dans lesquels les trois axes sont distincts dans toute leur étendue.

Cette première combinaison donne des genres dicéphales et disomes, ce qui les rapproche des genres du premier ordre, mais dans lesquels les deux sujets sont intimement confondus, soit au-dessus, soit au-dessous de l'ombilic, ce qui les distingue des genres du premier ordre.

On voit que cette tribu pourrait elle-même être divisée en deux sections, suivant que les deux sujets sont confondus d'une manière plus intime au-dessus ou au-dessous de l'ombilic, ou, en d'autres termes, suivant que les axes sont plus rapprochés vers leur extrémité céphalique ou pelvienne. Cette distinction, très-naturelle, est du reste peu utile, parce qu'on ne connaît encore dans cette première tribu du second ordre qu'un petit nombre de genres.

CX.

La seconde tribu comprendra les genres dans lesquels les trois axes, distincts vers leur extrémité céphalique, sont confondus vers leur extrémité pelvienne.

Cette division renferme un grand nombre de monstres dicéphales, dont les uns sont doubles jusqu'à l'ombilic et même au-dessus, et dont les autres n'ont, au contraire, de double que la tête. Chez d'autres, les deux têtes sont même réunies et confondues en arrière.

Cette tribu, extrêmement nombreuse, comprend en outre tous les états intermédiaires entre l'existence de deux corps presque entiers et la duplicité de la face.

Ces différences, et quelques autres caractères, principalement ceux

que fournit la position relative des deux sujets, donnent les moyens d'établir un grand nombre de genres dans cette seconde tribu. Celui des polyopses est le seul qui soit encore établi et bien connu.

Il est à remarquer que dans cet ordre l'union latérale est beaucoup plus ordinaire que l'union antérieure, et surtout que l'union postérieure.

CXI.

La troisième tribu présente des caractères inverses de ceux de la seconde : elle est caractérisée par ses trois axes, distincts vers leur extrémité pelvienne, confondus vers leur extrémité céphalique.

De même que dans la tribu précédente, les axes peuvent être confondus dans une étendue plus ou moins grande; d'où il résulte qu'il existe des genres doubles seulement au-dessous de l'ombilic, et d'autres qui ont deux thorax, deux cous, et quelquefois même deux crânes. Au contraire, la face est toujours unique.

Cette tribu comprend un grand nombre de genres : dans presque tous, les deux sujets sont unis par le côté ou par la face antérieure. Ces différences de position, les caractères que fournissent le lieu et l'étendue de l'adhérence, ceux qui résultent de l'inégalité de volume ou de complication organique que l'on observe quelquefois entre les deux sujets, et quelques autres considérations, fournissent les moyens de distinguer les genres.

Les synotes et les hétéradelphes appartiennent à cette troisième et dernière tribu du second ordre, dont ils présentent, pour ainsi dire, les deux extrêmes.

CXII.

Je passe à l'examen des monstres des deux derniers ordres. Ils ont cela de commun, comme on l'a vu, que l'axe d'union est perpendiculaire aux axes vertébraux, qui sont placés bout à bout.

L'axe d'union étant constamment placé entre les axes vertébraux, conformément à la règle générale, que j'ai posée, et leur étant perpen-

diculaire, d'après le caractère que je viens d'indiquer, il résulte de là qu'il les croise à angle droit, au point même où ils se rencontrent.

Les monstres chez lesquels l'axe d'union est perpendiculaire aux axes vertébraux, sont très-peu nombreux; cependant ils doivent être partagés en deux ordres, suivant qu'il existe deux cœurs ou qu'il n'en existe qu'un seul.

CXIII.

L'ordre que distingue l'existence de deux cœurs comprend, le genre singulier auquel M. *Dubreuil* a donné le nom d'*ischiadelphes*. Son organisation, malgré la différence de position des deux sujets, ressemble beaucoup à celle des monstres des deux premiers ordres.

Il n'en est pas de même des monstres à axe perpendiculaire, chez lesquels il n'existe qu'un seul cœur. Ils présentent une organisation extrêmement singulière, et qu'il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de concevoir et d'expliquer, quelle que soit la théorie que l'on adopte de préférence sur la formation des monstres.

On ne connaît encore, au moins d'une manière exacte, que deux genres dans cet ordre. L'un est celui des hypognathes; l'autre, qui n'a point encore reçu de nom particulier, a pour types les monstres décrits et figurés par Sir *Everard Home* dans ses leçons d'anatomie comparée.

Ces deux genres sont composés d'un individu complet réuni par la symphyse de la mâchoire inférieure, ou par le vertex, avec un autre sujet dont la tête existe seule ou presque seule. Toutefois, la tête étant réellement un composé de vertèbres soudées entre elles, le nom d'*axe vertébral* peut encore être employé ici, sans même que nous soyons obligés d'admettre un axe fictif.

CXIV.

Le tableau synoptique suivant présente le résumé de la classification que je viens d'indiquer parmi les monstres composés.

MONSTRES COMPOSÉS.

PREMIÈRE CLASSE.

Monstres doubles.

Elle se partage en quatre ordres.

PREMIER ORDRE.

Caract. Axe d'union parallèle aux axes vertébraux.

PREMIÈRE TRIBU.

Caract. Les trois axes distincts dans toute leur étendue.

DEUXIÈME TRIBU.

Caract. Les trois axes distincts vers leur extrémité céphalique, confondus vers leur extrémité pelvienne.

TROISIÈME TRIBU.

Caract. Les trois axes distincts vers leur extrémité pelvienne, confondus vers leur extrémité céphalique.

DEUXIÈME ORDRE.

Caract. Axe d'union oblique sur les axes vertébraux.

Cet ordre se partage en trois tribus.

TROISIÈME ORDRE.

Caract. Axe d'union perpendiculaire aux axes vertébraux : deux cœurs.

QUATRIÈME ORDRE.

Caract. Axe d'union perpendiculaire aux actes vertébraux : un seul cœur.

DEUXIÈME CLASSE.

Monstres triples.

Cette classe est encore trop peu connue pour qu'il soit possible de la diviser en ordres naturels.

CXV.

Il me reste, pour terminer ce qui concerne les monstres doubles, à présenter quelques remarques.

Lorsque deux individus sont unis entr'eux, et qu'il y a fusion profonde ou pénétration, il peut arriver deux cas, dont l'un surtout est très-remarquable.

Le plus souvent une portion de chacun des deux individus vient à disparaître, et cette portion est d'autant plus grande que la fusion est plus profonde. Ainsi, en supposant deux individus unis sur toute la longueur de leur corps et par le côté, si l'union est superficielle, la peau, les muscles et quelques portions d'os pourront avoir seuls disparu; mais si l'union est plus profonde, il pourra manquer un sixième, un quart, un tiers de chacun des deux sujets, en sorte que le monstre, au lieu de renfermer les élémens de deux sujets complets, ne sera plus équivalent qu'à $\frac{10}{6}$ ou $1\frac{2}{3}$, $\frac{6}{4}$ ou $1\frac{1}{2}$, $\frac{4}{3}$ ou $1\frac{1}{3}$. La diminution peut même aller plus loin encore, et l'on connaît plusieurs exemples de monstres doubles dont la valeur surpassait à peine l'unité d'une fraction bien moindre encore, et qui se trouvent ainsi presque des individus normaux.

Dans la grande majorité des monstres doubles, les deux sujets paraissent avoir perdu exactement l'un autant que l'autre : dans ce cas, il y a égalité en même temps que symétrie entre les deux sujets. Quelquefois cependant, comme chez les hétéradelphes, l'un des deux sujets paraît être entier, et l'autre avoir perdu tout ce qui manque pour que le monstre double soit équivalent à deux individus normaux. Il y a alors symétrie entre les deux sujets, mais non égalité de volume.

En général, pour tous les cas où il y a égalité entre les deux sujets, on peut considérer chacun d'eux comme ayant perdu précisément la moitié de tout ce qui est commun à l'un et à l'autre.

CXVI.

Un autre cas plus remarquable encore et plus rare, est celui que présentent les individus à deux visages ou à deux sternums, dont l'un semble être antérieur et l'autre postérieur. Soient deux individus approchés l'un de l'autre face à face, et venant à se souder. Si les choses se passaient comme dans le cas précédent, les deux faces seraient détruites plus ou moins complètement, suivant que la pénétration serait plus ou moins profonde. C'est ce qui n'a pas lieu; et, bien loin qu'il en soit ainsi, le monstre que l'on aurait cru *à priori* devoir être aprosope, présente deux visages, qui quelquefois sont incomplets, comme chez les *eniops*, mais qui souvent aussi sont complets et bien conformés, comme chez les *janiceps*. Ainsi que l'indique ces deux noms, les visages sont alors opposés, et semblent placés l'un devant et l'autre derrière la tête commune.

Pour se rendre compte d'une telle transposition, il faut supposer que la moitié droite de la tête de chacun des sujets est séparée de la gauche, et que les deux demi-faces sont écartées l'une de l'autre, et renversées latéralement, la partie postérieure du crâne n'ayant point été déplacée, à peu près comme deux feuillets d'un livre se séparent et s'écartent l'un de l'autre, le dos du livre restant en place. La même chose arrivant aux deux sujets, la demi-face droite d'un fœtus correspond à la demi-face gauche de l'autre, et s'unit avec elle, et réciproquement, de manière à former deux faces qui semblent l'une antérieure et l'autre postérieure, et qui véritablement sont latérales.

CXVII.

Ainsi un *janiceps* a de chaque côté de la tête une face, dont la moitié appartient à un sujet, et l'autre moitié à un autre. Le nez, la bouche, ordinairement très-bien conformés, sont formés d'élémens qui appartiennent à deux êtres différens.

Les individus qui ont deux sternums, dont l'un semble antérieur et

l'autre postérieur, sont dans le même cas : deux individus différens ont fourni la moitié de chacun des sternums.

Ces cas sont au nombre des plus curieux que l'on puisse rencontrer dans l'histoire des monstres. Aucun fait n'est plus propre à montrer la valeur des lois qui régissent la position des deux sujets, puisque dans cette transposition si complète de toutes les parties de la tête ou de la poitrine, nous voyons cependant chaque organe, chaque os, chaque nerf, chaque vaisseau de l'un des deux sujets aller s'unir à l'organe, à l'os, au nerf, au vaisseau de même nom chez l'autre sujet.

CXVIII.

Les monstres composés ne présentent qu'une analogie très-éloignée avec les animaux composés normaux.

Quelques genres de rayonnés, composés de rayons symétriques disposés autour d'un axe qui leur est perpendiculaire, offrent quelque rapport avec les monstres doubles du troisième ordre. L'analogie deviendrait moins obscure s'il existait des monstres triples présentant l'organisation des monstres à axe d'union perpendiculaire, et particulièrement celle des ischiadelphes ; mais ce cas, bien loin d'avoir été observé, paraît même difficilement possible.

Remarques générales sur l'organisation et les caractères des monstres simples.

CXIX.

Je passe maintenant à l'examen des conditions les plus générales de l'organisation des monstres simples. Je présenterai d'abord quelques remarques qui forment le complément naturel de celles que je viens de présenter sur les monstres composés.

Un grand nombre de monstruosités simples, et presque tous les vices de conformation, réalisent accidentellement, chez l'homme et les animaux supérieurs, les conditions normales de l'organisation des animaux inférieurs.

Au contraire, quelques monstruosités ou vices de conformation réalisent chez les animaux inférieurs les conditions normales de l'organisation d'autres animaux plus élevés dans la série animale, ou même de l'organisation humaine.

Ce second cas est très-rare : je citerai d'abord quelques exemples qui s'y rapportent.

CXX.

Les animaux tétradactyles peuvent devenir, par anomalie, pentadactyles, et les animaux monodactyles, ce qui est plus remarquable et plus rare, devenir didactyles. Les chiens et les chevaux, qui présentent ces variétés, prennent ainsi, par anomalie, les caractères normaux d'autres mammifères plus ou moins rapprochés d'eux. Du reste, ce ne sont pas là des anomalies comparables à la production d'un doigt surnuméraire chez l'homme : car le cinquième doigt postérieur des chiens existe rudimentaire dans l'état normal, et les chevaux ont aussi un doigt rudimentaire de chaque côté de l'os du canon.

Dans les cas que je viens de citer, l'anomalie consiste donc non dans la production d'un doigt surnuméraire, mais dans le développement anormal d'un doigt qui ordinairement reste rudimentaire.

J'ajouterai, parce qu'on a nié la possibilité de ce fait, qu'il existe aussi quelquefois de véritables doigts surnuméraires chez les animaux : les chiens, par exemple, ont assez fréquemment de doubles pouces.

CXXI.

Un cas beaucoup plus curieux est celui que M. *Martin de Saint-Ange* a rencontré chez une chienne, et publié dans les Annales des sciences naturelles. Cet animal présentait trois anomalies entre lesquelles il y avait sans aucun doute un rapport nécessaire, l'existence d'un cloaque, l'absence de la queue, et la terminaison de la moelle épinière dans la région lombaire. La première de ces anomalies réalise des conditions organiques qui ne se trouvent, dans l'état normal, que dans des genres placés au-dessous du chien dans la série animale.

Les deux autres se rencontrent normalement chez l'homme et les premiers des singes, dont le chien disséqué par M. *Martin* avait ainsi pris accidentellement quelques caractères.

Il est d'ailleurs à remarquer que l'ascension de la moelle épinière dans son canal, et la disparition de la queue, phénomènes qui ont toujours lieu simultanément, et entre lesquels il existe un rapport de cause à effet, sont l'une des dernières métamorphoses qui s'observent chez l'embryon humain, et que l'espèce du chien, de même que tous les autres carnassiers, ne s'élèvent pas dans l'état normal jusqu'à elle.

Le chien disséqué par M. *Martin* avait donc véritablement dépassé à quelques égards le degré de développement qui appartient normalement à son espèce ; et ce fait forme une exception (qui, à la vérité, est unique, et peut même être expliquée) à une loi générale établie par M. *Serres*, savoir : que les monstres ne dépassent jamais les limites de la classe de l'ordre, du genre auxquels ils appartiennent, tandis qu'il leur arrive très-souvent de ne pas atteindre ces mêmes limites, et de rester dans les conditions organiques qui caractérisent les animaux placés au-dessous d'eux dans la série.

La vérité de cette dernière proposition est facile à établir : les exemples se présentent en foule pour lui prêter leur appui : j'en citerai un petit nombre.

CXXII.

Les anencéphales ont des nerfs et point d'axe cérébro-spinal : c'est ce qui a lieu dans l'état normal chez tous les invertébrés supérieurs.

Ce rapport entre le système nerveux des monstres et celui des invertébrés a déja été signalé par quelques auteurs modernes. Le suivant, qui n'a point encore été indiqué, semble plus curieux encore. On trouve dans plusieurs observations d'acéphales, la description d'un ganglion d'où partent tous les nerfs, et qui est presque exactement semblable à celui que MM. *Audouin* et *M. Edward* ont récemment décrit chez quelques crâbes.

Il est inutile de remarquer qu'il existe entre les acéphales et les crustacés un grand nombre d'autres rapports.

CXXIII.

La plupart des anomalies des vaisseaux, du cœur, des nerfs, des organes sexuels, qui ont été rencontrées chez l'homme, forment l'état normal de divers animaux, souvent même d'animaux très-rapprochés de lui. Ces faits sont si connus, qu'il est inutile d'insister sur eux.

Chacun sait que le bec-de-lièvre existe naturellement chez plusieurs mammifères : le nom même de ce vice de conformation l'indique assez. J'ajouterai que la scissure de la voûte palatine forme l'un des caractères des poissons.

Un grand nombre de mammifères ont la matrice double; d'autres ont deux vagins; les oiseaux ont même les deux conduits génitaux entièrement distincts : toutes ces conditions ne sont pas très-rares dans l'espèce humaine.

L'existence d'un seul rein, l'absence de la vessie, celle de la vésicule biliaire, sont à la fois des anomalies assez fréquentes chez l'homme et l'état normal d'un grand nombre d'animaux.

L'imperforation de la vulve, que l'on rencontre quelquefois chez la femme, est constante chez les jeunes femelles de taupe; et les aspalasomes, comme leur nom l'indique, réalisent aussi l'une des conditions organiques de ce genre singulier d'insectivores, celui de l'existence de trois orifices distincts pour les organes génitaux, les organes urinaires et le rectum.

On a plusieurs cas de fœtus nés avec une queue comparable à celle de divers singes.

Enfin je citerai pour dernier exemple les monstres auxquels on a donné le nom de *syrènes*, et qui, par la conformation de la partie postérieure de leur corps, réalisent les conditions normales des cétacés, de plusieurs poissons et d'un grand nombre de reptiles.

CXXIV.

On pourrait donner une explication très-simple de ces ressemblances entre les anomalies de l'homme et des animaux supérieurs et les caractères normaux des animaux placés au-dessous d'eux dans la série, et dire que le nombre presque infini de combinaisons qui se trouvent réalisées par la nature dans les êtres réguliers, fait comprendre pourquoi l'organisation humaine rentre presque toujours quelqu'une de ces combinaisons lorsqu'elle s'écarte de son type habituel.

Cette explication paraît juste et naturelle, et l'est en effet; il est plusieurs faits dont elle seule peut nous rendre compte. Toutefois on va voir qu'elle est incomplète, et que la raison des ressemblances multipliées qui existent entre les anomalies de l'homme et des animaux supérieurs et l'état normal des animaux inférieurs, réside surtout dans d'autres faits d'une haute importance, dont la connaissance est due aux zootomistes contemporains.

CXXV.

La plupart des monstruosités simples sont des conditions organiques, ordinairement transitoires ou existant seulement dans l'état normal chez l'embryon ou le fœtus, et qui par anomalie sont devenues permanentes.

Elles sont donc, non pas des conditions organiques étrangères à l'espèce où on les observe, mais seulement des conditions de premier âge qui ont persisté dans les âges suivans.

Ce sont ces faits que les zootomistes contemporains ont exprimés en disant que la plupart des monstruosités consistent dans un arrêt ou un retardement de développement.

CXXVI.

Ce fait général, et quelques autres présentés au commencement de cette dissertation (XI et XII), fournissent la véritable explication des

ressemblances nombreuses qui existent entre les anomalies de l'homme et des animaux supérieurs et l'état normal des animaux inférieurs ; et ils conduisent à un résultat très-général qui peut être exprimé de la manière suivante :

Les différences qui existent entre deux espèces et celles qui existent dans la même espèce, entre l'adulte et le jeune, entre le fœtus et l'embryon, entre le mâle et la femelle, enfin entre un individu bien conformé et un individu monstrueux, sont des différences du même ordre.

D'où il suit que l'anatomie comparative des sexes, l'anatomie comparative des âges, l'anatomie comparative des monstres et l'anatomie comparative des espèces, à laquelle on donne en propre le nom d'*anatomie comparative* ou *comparée*, doivent offrir des résultats semblables, et donner lieu à des rapprochemens nombreux, ou plutôt ne doivent former qu'une seule et même science dont les diverses branches, quoique engagées quelquefois dans des routes diverses, tendent toutes vers un seul et même but, la connaissance des lois générales de l'organisation.

CXXVII.

La doctrine du retardement de développement, quel que soit son haut degré de généralité, est loin de pouvoir embrasser tous les faits de la monstruosité, que cependant quelques anatomistes paraissent chercher à lui rapporter.

En effet, il est un grand nombre de monstruosités et d'anomalies de diverses classes, où il y a seulement altération ou perversion dans le développement, mais non arrêt ou retardement.

Enfin il est même quelques anomalies qui consistent dans un véritable excès de développement, ainsi que le prouve un fait déjà cité (CXXII) dont la connaissance est due à M. *Martin*.

CXXVIII.

Il est impossible d'admettre, même comme subdivisions de la

grande section des monstres simples, les groupes établis par *Buffon* sous le nom de *monstres par défaut* et de *monstres par inversion des parties ;* car il n'est presque aucun monstre par défaut qui ne soit en même temps monstre par inversion.

Tous les monstres simples présentent d'ailleurs entr'eux des rapports assez nombreux pour qu'il soit convenable de les comprendre en une seule classe, divisible en deux sections principales ou ordres. L'un de ces ordres, peu nombreux en genres, comprendra les monstres privés de cœur ; l'autre, beaucoup plus nombreux, mais que l'on devra et que l'on pourra facilement subdiviser en plusieurs tribus, comprendra tous ceux qui ont un cœur.

CXXIX.

Les monstres privés de cœur sont pour la plupart privés de tête ; d'autres ont quelques rudimens de crâne. Ce sont en général des êtres dont l'organisation intérieure est d'une extrême simplicité. Les poumons et plusieurs autres viscères manquent toujours avec le cœur, et souvent même la plus grande partie du corps vient aussi à manquer, le sujet étant alors réduit à la portion sous-ombilicale.

Quelques-uns de ces monstres sont très-informes : souvent même les deux moitiés du corps sont très-différentes. Les membres inférieurs ne manquent jamais, mais ils sont toujours mal conformés et incomplets quant au nombre des doigts.

CXXX.

Les monstres simples pourvus d'un cœur sont beaucoup plus nombreux, et leur organisation est beaucoup plus compliquée et beaucoup plus rapprochée de l'état normal. Les genres qu'ils comprennent présentent d'ailleurs entr'eux de très-grandes différences, et il sera nécessaire d'établir dans l'ordre plusieurs tribus, dont les deux principales auront pour types, l'une les genres anencéphale et podencéphale, l'autre les genres aspalasome et agène.

CXXXI.

En considérant d'une manière générale les anomalies que présentent les monstres des deux ordres que je viens d'indiquer, on voit que presque tous les organes peuvent venir à manquer, et l'on arrive à ce résultat général, que le plus constant de tous est, dans la série des monstres, comme dans la série animale, le canal intestinal. La colonne vertébrale, le bassin et les membres abdominaux, si peu constans chez les animaux, doivent aussi être mis au nombre des organes dont la présence est le plus générale parmi les monstres.

Les monstres simples présentent de nombreux exemples de sujets réduits à la moitié postérieure ou inférieure du corps; on ne connaît, au contraire, aucun exemple de monstre réduit à la moitié supérieure ou antérieure du corps. En d'autres termes, le bassin existe souvent sans la tête, et jamais la tête sans le bassin.

Du reste, les os de la tête sont beaucoup plus constans qu'on ne le croirait au premier abord. Dans beaucoup de monstres où il semble qu'il y ait absence des os de la voûte du crâne, l'examen démontre qu'ils existent, mais réduits à l'état rudimentaire et rejetés vers la circonférence de la tête.

Causes de la monstruosité.

CXXXII.

Aucun sujet n'a davantage occupé les anatomistes que la recherche des causes de la monstruosité. La discussion entre les partisans de la monstruosité accidentelle et ceux de la monstruosité originelle dure depuis un siècle, et n'est point encore entièrement terminée. Cependant les faits suivans, malheureusement peu nombreux, peuvent dès à présent être donnés pour certains.

S'il n'est pas encore complètement prouvé que toutes les monstruosités soient accidentelles, du moins peut-on affirmer qu'il en est ainsi

d'un grand nombre d'entre elles. Les expériences dans lesquelles on a produit presque à volonté des monstres sont la meilleure, mais non la seule preuve à cet égard. A la vérité, ces expériences n'ont encore été faites que sur les oiseaux, parce qu'elles sont très-faciles à l'égard des ovipares et assez difficiles à l'égard des autres animaux ; mais, comme on le verra, la science possède quelques observations faites chez l'homme lui-même, et qui équivalent parfaitement à des expériences tentées dans le but de provoquer la production de monstres.

CXXXIII.

Ces expériences (1) ont été faites, pour la plupart, dans un établissement d'incubation artificielle sur des œufs de poule que l'on plaçait dans diverses positions, ou dont on recouvrait la coquille d'un enduit propre à en diminuer ou à en empêcher la porosité. De cette manière, on a obtenu un grand nombre de monstruosités ou de vices de conformation parfaitement analogues à ceux que l'on rencontre parmi les poulets éclos naturellement.

Je citerai parmi ces anomalies une éventration, un *spina bifida*, enfin un cas de triencéphalie.

J'ajouterai que parmi les oiseaux que l'on fait éclore sous l'influence d'une chaleur artificielle, on rencontre toujours, sur un nombre donné de sujets, plus de monstruosités et de vices de conformation que sur un nombre égal de sujets éclos naturellement.

CXXXIV.

Il est certain qu'il naît moins de monstres dans les classes aisées de

---

(1) *Geoffroy Saint-Hilaire*, Sur des déviations organiques provoquées et observées dans un établissement d'incubation artificielle. (Journ. compl. de sc. méd., t. 24.)

la société que dans les classes les plus pauvres, où les femmes sont souvent obligées, lors même qu'elles sont enceintes, de se livrer à de pénibles travaux.

L'explication complète de ces faits ne peut guère être donnée dans l'état présent de la science ; mais cette explication n'est pas nécessaire pour que l'on comprenne leur valeur comme preuves en faveur de la théorie des causes accidentelles.

CXXXV.

Les faits suivans sont plus positifs encore :

Il est deux genres de monstres, les nosocéphales et les thlipsencéphales (1), qui ont toujours leur cause dans une violence extérieure. Au moins toutes les fois que l'on a pu connaître exactement les circonstances de la grossesse, on a su d'une manière positive que la mère du monstre avait reçu un coup violent sur l'abdomen, ou avait éprouvé quelque accident analogue dans les premiers mois de la gestation.

Enfin, ce qui est une preuve de plus que la monstruosité avait effectivement pour cause le choc reçu, c'est que quelquefois la mère du monstre, bien portante avant l'époque de l'accident, n'avait cessé de souffrir depuis cette époque jusqu'à son accouchement.

CXXXVI.

J'ai remarqué plusieurs fois dans le cours de cette dissertation, en citant quelques faits généraux, que les nosocéphales et les thlipsencéphales présentaient une exception. Les circonstances qui accompagnent leur naissance sont en effet assez différentes de celles qui accompagnent la naissance des autres monstres. Or, ces différences s'expli-

---

(1) *Geoffroy Saint-Hilaire*, Mém. de la Soc. médic. d'émulation.

quent très-bien par la diversité des causes qui ont amené la production des uns et des autres.

Toutefois, les thlipsencéphales et les nosocéphales ont aussi de nombreux rapports avec les anencéphales et les dérencéphales, et doivent même être considérés comme des genres très-voisins de ces derniers. De là on peut conclure, même en faisant abstraction des faits qui pourraient conduire à la même conséquence, que l'anencéphalie et la dérencéphalie sont produites, non pas par des violences exercées du dehors, mais au moins par des causes accidentelles. Ne serait-il pas absurde, en effet, d'admettre à la fois, dans une famille aussi naturelle que celle des monstres sans cerveau, des monstruosités acquises et des monstruosités originelles ?

CXXXVII.

La conclusion à laquelle l'analogie nous conduit par rapport aux anencéphales et aux dérencéphales, est d'ailleurs justifiée par plusieurs faits. Dans beaucoup de cas, l'anencéphalie et la dérencéphalie paraissent avoir été produites par une frayeur, par l'annonce subite d'une mauvaise nouvelle, etc.

CXXXVIII.

L'influence des affections morales de la mère sur ses conditions physiques, et médiatement, sur celles de son fœtus, quoique sa réalité ne soit pas encore complètement démontrée, est très-admissible, et même très-vraisemblable. Il est presque inutile d'ajouter que cette influence n'est admissible que dans certaines limites, et que les croyances populaires, qui rapportent toutes les monstruosités à l'imagination de la mère, n'ont aucun fondement réel, quoiqu'elles soient encore admises par quelques médecins. Sans entrer à cet égard dans des développemens que rend inutiles l'absurdité d'un tel préjugé, qu'il me suffise de rappeler que les animaux ont présenté presque toutes les mêmes anomalies que l'on a observées chez l'homme.

CXXIV.

Les accidens auxquels, dans certains cas, on a pu rapporter l'anencéphalie ou la dérencéphalie, ont eu lieu, en général, pendant l'un des deux premiers mois de la grossesse. Ceux qui ont produit la thlipsencéphalie ont eu lieu dans le troisième mois; enfin ceux qui ont produit la nosocéphalie ont eu lieu dans le cours du quatrième.

Ces dates, importantes en elles-mêmes, sont surtout dignes d'intérêt, en ce qu'elles nous montrent un rapport remarquable entre l'âge du fœtus à l'époque de l'accident de la mère, et la gravité de l'anomalie produite.

Plus le fœtus était jeune, et plus la cause a agi avec intensité. Ainsi l'anencéphalie et la dérencéphalie s'écartent beaucoup plus de l'état normal que la thlipsencéphalie, et celle-ci à son tour plus que la nosocéphalie.

Il reste à examiner si l'anencéphalie, plus grave que la dérencéphalie, ne remonterait pas à une époque plus rapprochée de la conception; mais la science ne possède point encore les élémens de la solution de cette question.

CXL.

Les faits que je viens de présenter à l'égard des thlipsencéphales et des nosocéphales sont d'un haut intérêt pour l'art des accouchemens et la médecine légale; ils démontrent qu'une violence extérieure exercée sur l'abdomen d'une femme enceinte de trois ou quatre mois, lors même qu'elle ne détermine pas l'avortement dans les premiers jours, peut être cependant funeste au fœtus, en empêchant son développement régulier. Suivant que la femme aura été blessée dans le cours du troisième ou du quatrième mois, le fœtus pourra être

affecté de thlipsencéphalie ou de nosocéphalie; et dans les deux cas sa mort sera également certaine, aucun monstre sans cerveau n'étant viable.

La violence extérieure cause de la production de la monstruosité peut dépendre d'un accident, d'une chute, par exemple; elle peut résulter d'un coup porté à la mère dans le dessein de la blesser ou de blesser son fœtus; enfin elle peut être exercée par la mère elle-même, soit dans le but de provoquer l'avortement, soit seulement par l'emploi de moyens destinés à dissimuler sa grossesse.

FIN.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΑΦΟΡΙΣΜΟΙ.

Α'.

Ὕπνος, ἀγρυπνίη, ἀμφότερα μᾶλλον τῶν μετρίων γενόμενα, κακόν. (Τμῆμα δεύτερον, ἀφορ. γ'.)

Β'.

Κόποι αὐτόματοι φράζουσι νόσους. (Τμῆμα δεύτερον, ἀφορ. ε'.)

Γ'.

Οἱ παχέες σφόδρα κατὰ φύσιν, ταχυθάνατοι γίνονται μᾶλλον τῶν ἰσχνῶν. (Τμῆμα δεύτερον, ἀφ. μδ'.)

Δ'.

Δύο πόνων ἅμα γινομένων, μὴ κατὰ τὸν αὐτὸν τόπον, ὁ σφοδρότερος ἀμαυροῖ τὸν ἕτερον. (Τμῆμα δεύτερον, ἀφ. μς'.)

Ε'.

Τοῖσι ὑδρωπικοῖσι τὰ γινόμενα ἕλκεα ἐν τῷ σώματι, ῥηιδίως ὑγιάζεται. (Τμῆμα ἕκτον, ἀφ. ή.)

ς'.

Φθίσεες μάλιςα γίνονται ἀπὸ ὀκτωκαίδεκα ἐτέων μέχρι τριήκοντα καὶ πέντε (Τμῆμα ογδοον, ἀφ. ξ'.)

N° 186.

ESSAI

SUR

LA MENSTRUATION

ET SES ANOMALIES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ALEXANDRE PATTE, de Quiévrain.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Président.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS, *Examinateur.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers, *Suppléant.*	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonnabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA BELLE-MÈRE.

Témoignage de reconnaissance.

A. PATTE.

ESSAI

SUR

LA MENSTRUATION

ET SES ANOMALIES.

PHYSIOLOGIE.

PENDANT les premières années de la vie, l'utérus ne joue aucun rôle dans l'organisme; la nature semble l'avoir oublié, elle le laisse étranger au mouvement d'accroissement par lequel elle développe les autres organes. Réduite à un petit volume, sans énergie vitale, la matrice reste stationnaire et n'exerce aucune influence sympathique sur l'économie, jusqu'à ce que les organes soient parvenus à ce degré de perfection qui assure la vie de l'individu. Quand la nature à atteint ce but, elle concentre ses forces sur l'organe qu'elle avait à peine ébauché, et lui fait prendre un grand accroissement. L'utérus, animé d'une nouvelle vie, acquiert un rang dans l'organisme; de passif qu'il était, il devient actif; ses sympathies s'éveillent, et leurs irradiations vont se répandre dans tout le système. Les seins se développent, la voix

change, la poitrine, en s'élargissant, permet aux poumons de prendre ce degré d'expansion qui amène la perfection de l'hématose. Le sang, plus excitant et mu par un cœur plus énergique, va porter un surcroît d'activité dans tout l'organisme. L'appareil de la génération, devenu sens interne, réagit sur l'encéphale, et fait naître un nouvel ordre d'idées, d'abord vagues; mais peu à peu leur objet se dessine et fait pressentir un nouveau besoin. C'est alors qu'un écoulement de sang se manifeste par la vulve, et la jeune fille est avertie que les organes de la vie de l'espèce ont acquit le degré de développement qui permet le libre exercice de leurs fonctions.

La première apparition des règles s'effectue quelquefois sans avoir été annoncée par aucun trouble; ce cas est le plus rare; ordinairement les mamelles se gonflent et durcissent, un sentiment de chaleur, de pesanteur, de tension dans l'hypogastre tourmente la jeune fille, les parties sexuelles sont le siége d'un prurit incommode, un écoulement muqueux s'établit, et ce n'est que quelque temps après que les règles se déclarent.

La menstruation ne s'établit pas au même âge chez tous les individus. L'influence du climat et du régime agit d'une manière très-remarquable pour hâter ou retarder son apparition. Sous l'équateur, la plupart des jeunes filles sont réglées à neuf ou dix ans; elles le sont vers la quinzième année dans les zones tempérées; tandis que vers les pôles elles atteignent leur dix-huitième et même leur vingtième année avant de l'être. En général, sous une même latitude, la menstruation est plus précose chez les filles dont l'imagination est exhaltée par la lecture des romans, la vue des spectacles, les bals, les soirées, les conversations licencieuses; chez celles qui font un usage habituel d'alimens succulens, très-sapides, qui boivent des liqueurs fermentées; chez celles enfin qui sont plongées dans l'oisiveté et la mollesse. L'apparition des règles est au contraire retardée chez les personnes qui vivent loin des villes, se livrent aux travaux de la campagne, usent d'une nourriture frugale, et passent leur première jeunesse dans le calme et le repos des passions. L'excrétion sanguine, peu abondante à la première érup-

tion des règles, dure deux ou trois jours; elle reparaît à des intervalles irrèguliers pendant plusieurs mois, et prend enfin une périodicité qu'elle affectera jusqu'à l'époque où elle cessera naturellement. Le retour périodique des menstrues a lieu tous les trente jours, mais les exceptions sont nombreuses; l'on voit des femmes qui sont réglées deux fois par mois, d'autres qui le sont tous les vingt jours; chez d'autres ce n'est qu'après six semaines ou même trois mois que le flux sanguin reparaît.

La menstruation une fois établie, continue jusqu'à l'âge de quarante-cinq à cinquante ans, et ne s'interrompt naturellement que pendant la grossesse et l'allaitement.

Quelques femmes voient arriver leurs règles sans qu'elles aient été précédées d'aucune incommodité; mais cet heureux privilége n'est le partage que du plus petit nombre. Les accidens qu'elles éprouvent se rattachent tantôt à la pléthore générale, ce sont des pesanteurs de tête, des vertiges, de la somnolence, des feux au visage, de la gêne de la respiration, des palpitations; tantôt ils se rattachent à une pléthore locale des organes génitaux, ce sont des douleurs dans les lombes, les aines, les cuisses, la région hypogastrique, un écoulement muqueux par la vulve, les seins se gonflent et sont le siége d'élancemens douloureux; tantôt c'est le système nerveux qui est affecté, les femmes éprouvent des maux de nerfs, elles sont colères, acariâtres, d'un commerce difficile, ou elles sont plongées dans la tristesse et l'abattement. Ces phénomènes se dissipent au moment que le sang fait éruption; il coule peu abondant et séreux le premier jour, augmente en quantité le second, c'est le troisième que l'excrétion est le plus considérable; elle diminue le quatrième pour cesser le cinquième. La durée de l'écoulement sanguin, à chaque période menstruelle, est ordinairement invariable chez une femme bien portante, mais elle présente de nombreuses variétés chez les divers individus; tantôt elle n'est que de deux jours, quelquefois elle se prolonge jusqu'au huitième.

La quantité de sang que perdent les femmes offre aussi de gran-

des différences d'individu à individu ; elle est à peu près constamment la même chez une femme saine. On l'estime généralement de quatre à cinq onces dans nos climats, mais les exceptions sont nombreuses. Il est des femmes qui répandent à peine quelques gouttes de sang, chez d'autres il coule avec une abondance extrême. Le climat, le régime, le genre de vie ont une grande influence pour augmenter ou diminuer le flux sanguin. Les femmes des pays chauds, celles qui ont une nourriture succulente et excitante, qui boivent des liqueurs alcoholiques ; celles qui ne vivent que pour courir de plaisirs en plaisirs, et qui saisissent avec avidité tous les moyens d'exalter leur sensibilité ; celles qui s'abandonnent aux plaisirs de l'amour avec trop d'ardeur, ont ordinairement une menstruation abondante, et chez elles le sang coule pendant six ou huit jours. On remarque le contraire chez les femmes sobres, laborieuses, qui usent ce qu'elles mangent, et qui n'ont que des passions modérées. La bonne chère et le repos dans lequel croupissent certaines femmes apathiques, en favorisant le développement de l'embonpoint, ont aussi pour effet de diminuer le flux menstruel.

Si les idées émises par plusieurs médecins sur la nature du sang des règles, idées qui depuis long-temps sont admises par les gens du monde, étaient vraies, la femme à chaque période menstruelle serait un véritable foyer d'infection ; elle étendrait son influence délétère non-seulement sur les personnes avec qui elle a des relations intimes, mais aussi sur les animaux et même sur les alimens qu'elle prépare. Ces erreurs, nées de l'humorisme, qui regardait la menstruation comme une dépuration, sont rejetées par les physiologistes modernes, qui n'attribuent pas à l'utérus la faculté de modifier le sang qui sera excrété par sa surface intérieure. Le sang s'échappe des vaisseaux tel qu'il est, ses qualités dépendent de la santé générale de l'individu ; sain chez une femme saine, il pourra présenter quelque altération chez celle dont l'hématose est imparfaite, mais il ne sera réellement délétère qu'autant qu'il sera mêlé à des matières qui le sont par leur nature, comme le virus syphilitique.

Le siége des règles est dans la matrice, le sang est exhalé à la surface de la membrane muqueuse qui revêt l'intérieur de cet organe. La science possède des faits nombreux qui ne permettent plus d'en douter. Tels sont les cas de rétention du sang menstruel dans la cavité de l'utérus chez les filles imperforées; ceux de descente de cet organe, où l'on vit le sang s'écouler par son orifice, et ceux de son renversement, où le sang suinte de toute la surface de la tumeur. Mais quelle est la source du sang quand la menstruation continue pendant la grossesse? Il ne peut provenir de la cavité de l'utérus, dont la face interne est tapissée par la membrane caduque qui y adhère partout, excepté dans le point d'insertion du placenta. L'exhalation sanguine détruirait cette adhérence, isolerait l'embryon dans la cavité utérine, et l'avortement serait inévitable. Il est probable que la cavité du col est le siége unique de la menstruation pendant la grossesse; cependant je crois qu'il arrive quelquefois que le sang est versé à la surface de la muqueuse vaginale, et ce cas se rapporte aux déviations des règles.

Les causes de la menstruation et de sa périodicité sont couvertes d'un voile impénétrable; aussi les théories que les auteurs en ont données ont varié suivant la prédominance de certaines sciences et de certaines idées générales. Les alchimistes supposent qu'un ferment se développe dans la matrice à l'âge de la puberté, et qu'il se reproduit à chaque époque menstruelle; les médecins physiciens invoquent les lois de la pesanteur et un défaut d'équilibre entre la force d'impulsion du cœur et la résistance des vaisseaux utérins. Certains auteurs font intervenir l'influence de la lune, qui, selon eux, agit sur la femme comme sur les eaux de la mer; d'autres admettent une pléthore, soit générale, soit locale. Toutes ces hypothèses ne dissipent point l'obscurité qui nous dérobe la connaissance des causes d'une fonction que l'on n'observe que chez la femme, et seulement pendant une partie de sa vie. Respectons le mystère dont la nature s'enveloppe; il faut savoir ignorer ce qu'il ne nous est pas donné de connaître.

Vers l'âge de quarante-cinq à cinquante ans la menstruation cesse,

et avec elle la faculté de concevoir. Cette loi n'est pas invariable; on a vu les règles disparaître beaucoup plus tôt, ou continuer de se manifester dans un âge fort avancé. Je connais une dame qui n'a jamais éprouvé de dérangement notable dans la menstruation, et qui continue de voir régulièrement, quoiqu'elle soit parvenue à sa soixante-cinquième année. La cessation des règles n'a lieu que rarement d'une manière subite, à moins qu'elle n'arrive par suite d'un accident qui détermine une suppression. Ordinairement elle est précédée de quelques dérangemens, qui préviennent la femme long-temps à l'avance de la révolution qui va s'opérer en elle. Ce sont des irrégularités qui éloignent ou rapprochent les époques, une diminution progressive de la quantité de sang évacué, ou une augmentation telle, que le phénomène sort du domaine de la physiologie pour entrer dans celui de la pathologie. Souvent un écoulement leucorrhoïque périodique remplace le flux sanguin pendant assez long-temps. On dirait que la nature, craignant les effets funestes d'un changement brusque, travaille peu à peu à détruire la dépendance sous laquelle l'utérus tient comme asservie toute l'économie de la femme pendant la durée de sa fécondité.

PATHOLOGIE.

Accidens de la première menstruation.

La première apparition des règles est souvent orageuse, elle est précédée d'accidens graves et si variés, que le médecin ne saurait apporter trop d'attention pour les apprécier et de sagacité pour les combattre avantageusement.

A l'époque de la puberté, il se développe chez quelques jeunes filles une disposition pléthorique, qui lorsqu'elle est exagérée s'oppose à l'éruption des règles. On observe alors des signes de congestion vers la tête, la poitrine ou l'abdomen, et l'irritabilité paraît être accrue dans tous les organes.

Si les symptômes n'ont pas une grande intensité, un régime vé-

gétal peu nourrissant, des boissons rafraîchissantes, un exercice modéré les dissipent facilement. Sont-ils plus graves, les sangsues à la vulve en grand nombre d'abord, puis en petit nombre, les ventouses sèches à la partie interne des cuisses, un régime plus sévère sont indiqués. Enfin on débutera par une saignée générale, si les accidens sont portés à l'extrême chez les individus robustes. Les évacuations sanguines locales, les bains entiers tièdes, les demi-bains, les fumigations chaudes et adoucissantes dirigées vers les organes génitaux seront employés quand l'effort hémorrhagique aura irrité l'utérus au lieu de déterminer l'éruption des règles.

Chez la jeune fille d'un tempérament nerveux, chez qui il existe une exaltation marquée de la sensibilité et de l'irritabilité, on observe une série de symptômes nerveux : céphalalgie, allucinations, rigidité de quelques muscles, inquiétudes dans les membres, sommeil interrompu par des rêvasseries, étouffemens, palpitations, goûts bizarres, anorexie ou faim dévorante, coliques de matrice. Le moral est aussi affecté; la jeune fille se livre alternativement et sans cause à la joie et au chagrin, ou tombe dans une mélancolie qui lui fait fuir la société; mais ses inquiétudes la suivent dans la solitude et la lui rendent insupportable.

C'est à l'hygiène qu'il faut emprunter les moyens de combattre ces accidens et de favoriser l'éruption de la menstruation. On prescrit une alimentation relâchante, l'eau de veau, de laitue, de pourpier, le petit-lait, les bains tièdes, l'exercice en plein air. Une indication fort importante, c'est d'éviter tout ce qui peut augmenter la susceptibilité morale; la jeune fille sera éloignée de tous les objets capables de produire sur elle des impressions trop vives et d'exalter son imagination par l'attrait du plaisir et de la volupté.

Si la jeune personne est d'une constitution molle, d'un tempérament lymphatique, il faut seconder la nature, trop faible pour produire la révolution menstruelle. La malade se nourrira d'alimens tirés du règne animal, boira du vin vieux et habitera des lieux secs, bien aérés, exposés aux rayons solaires.

Ce régime excitant, fortement réparateur, suffit souvent pour amener à bien la crise pubère; mais quand la prédominance du système lymphatique est très-prononcée, une médication active devient nécessaire : on administre les excitans généraux, les amers, les ferrugineux. Les frictions sèches avec la flanelle imprégnée de vapeurs aromatiques sur tout le corps, et particulièrement sur l'hypogastre; les ventouses sèches à la partie interne des cuisses, les fumigations stimulantes dirigées vers les organes génitaux, seront aussi fort utiles.

L'encéphale est comme frappé d'engourdissement, de torpeur chez la jeune fille lymphatique; ses passions, sans énergie, la laissent sans sympathies avec le monde extérieur, il faut les exciter et réveiller le moral en produisant sur les sens des impressions agréables.

On a conseillé le mariage, je crois qu'il serait plutôt nuisible qu'utile chez les sujets pléthoriques ou nerveux. L'excitation que ses plaisirs produisent sur l'utérus et l'encéphale n'aura une heureuse influence que sur une jeune fille d'une constitution molle et grasse, et dont le moral comme le physique languissent dans une sorte d'apathie.

Jusqu'ici je n'ai parlé que des dispositions générales qui entravent l'éruption des règles; il est d'autres causes dépendantes de l'organisation vicieuse des organes génitaux. Quand elles sont étrangères à l'utérus, elles n'empêchent point l'éruption du sang, elles apportent un obstacle mécanique à son écoulement et le forcent de s'accumuler dans l'utérus; telles sont l'occlusion de la matrice, l'adhérence des parois du vagin, l'absence de ce conduit en totalité ou en partie, l'imperforation de l'hymen et l'union contre-nature des grandes lèvres.

La jeune fille imperforée, devenue pubère, est en proie à divers accidens; elle éprouve des tiraillemens douloureux dans la région hypogastrique, un sentiment de pesanteur dans le bassin; le ventre se tuméfie, les mamelles durcissent et sont le siége d'élancemens analogues à ceux qui accompagnent la grossesse. Ces symptômes s'ag-

gravent à chaque période menstruelle par l'accumulation d'une nouvelle quantité de liquide.

Évacuer le sang amassé dans l'utérus en lui ouvrant une issue, voilà l'indication ; quand elle est remplie, tous les accidens disparaissent et l'ordre se rétablit. Malheureusement l'obstacle cause de la rétention est quelquefois insurmontable, et alors on en est réduit à faire une médecine d'effets. Ne serait-il pas permis d'espérer qu'on apporterait quelque soulagement à la malade si, par des saignées pratiquées à l'époque des règles, on déterminait l'aménorrhée?

Si l'utérus est primitivement vicié dans son organisation, tous les efforts de l'art seront impuissans pour provoquer l'irruption des règles ; la femme sera stérile.

ACCIDENS DE LA MENSTRUATION ENTRE LA PUBERTÉ ET L'AGE CRITIQUE.

Dysménorrhée.

Lorsqu'à chaque période menstruelle l'éruption du sang se fait difficilement et s'accompagne de quelque phénomène insolite, on dit qu'il y a dysménorrhée.

Les causes de la dysménorrhée sont peu connues, et c'est principalement dans l'intervalle des règles qu'elles paraissent agir. Je range parmi elles tous les excitans, physiques et moraux, capables d'exalter la sensibilité générale, et plus spécialement celle de l'utérus ; car il est d'observation que c'est surtout chez les femmes d'un tempérament nerveux, douées d'une susceptibilité très-vive, qui mènent une vie sédentaire, abusent des plaisirs de l'amour, ou gardent une continence absolue, que la menstruation est difficile et douloureuse.

Les symptômes qui caractérisent la dysménorrhée sont, des coliques de matrice, des douleurs vives dans le dos, les lombes, les cuisses ; un sentiment de chaleur, de prurit dans le vagin et au col utérin. La femme éprouve aussi un malaise général, des lassitudes.

un brisement des membres et quelquefois une violente céphalalgie accompagnée de nausées et de vomissemens.

Le traitement de la dysménorrhée ne peut être établi d'une manière générale ; il doit varier suivant le tempérament de la femme et les causes qui entravent la menstruation. Si la femme est naturellement sanguine, la saignée générale, dans l'intervalle des règles, préviendra les accidens; mais si la malade est d'une constitution nerveuse, c'est surtout en l'entourant de soins hygiéniques que l'on combattra la dysménorrhée avec succès. Il faut lui prescrire un régime doux, les végétaux frais, le poisson, les viandes blanches ; lui interdire les liqueurs stimulantes, et l'éloigner de ces réunions où les passions, sans cesse attisées, jettent l'âme dans une espèce d'enivrement. L'exercice en plein air, les bains froids sont fort utiles. Les narcotiques, les opiacés, l'acétate d'ammoniaque à petite dose, calment souvent les douleurs et favorisent l'écoulement du sang. Le laudanum administré en lavement, à la dose de douze à quinze gouttes, au moment où les règles doivent paraître, détruit l'irritation nerveuse de l'utérus, et la menstruation a lieu sans douleur. Si la femme est faible, cacochyme, il faut chercher à lui rendre des forces en lui donnant une nourriture abondante. On administrera en même temps les antiscrophuleux ; mais il faudra surveiller leur action sur le canal intestinal, et en suspendre l'usage aussitôt que des signes de gastrite se manifesteront.

De l'aménorrhée.

On entend par *aménorrhée* la suppression des menstrues, qui survient dans l'intervalle qui sépare la puberté de l'âge critique.

L'aménorrhée est tantôt primitive; elle constitue à elle seule une maladie qui, en se prolongeant, devient la source d'accidens très-variés ; tantôt elle n'est qu'un symptôme d'un affection de l'utérus ou d'un organe éloigné.

Les causes de l'aménorrhée subite sont, l'immersion des mains ou

des pieds dans l'eau froide, les changemens brusques de température, une saignée générale, l'administration intempestive d'un émétique ou d'un purgatif drastique, une douleur vive, une émotion forte, soit de joie, soit de frayeur; un emportement de colère. L'action de ces causes ne produit l'aménorrhée qu'autant qu'elle s'exerce pendant l'écoulement des règles ou peu de temps avant leur éruption. D'autres causes agissent dans les intervalles des époques menstruelles; ce sont les chagrins profonds, les écarts fréquens de régime, une nourriture insuffisante, l'usage des boissons aqueuses, les travaux forcés, l'influence du froid humide, le défaut d'insolation. Ce n'est que lentement qu'elles amènent l'aménorrhée, qui est précédée de la diminution progressive du flux sanguin.

M. *Royer-Collard* regarde les tempéramens sanguin, nerveux et lymphatique, comme causes prédisposantes de l'aménorrhée. « Le « tempérament sanguin, dit cet auteur, dispose aux suppressions « menstruelles, en favorisant les congestions sanguines locales; le « tempérament lymphatique, en imprimant à tout le système une « faiblesse et une langueur qui paralysent en quelque sorte le mou- « vement de la circulation; et le tempérament nerveux, en entrete- « nant le trouble dans l'économie et en s'opposant à l'exercice régu- « lier des fonctions. » L'éducation et le genre de vie, qui modifient si puissamment les tempéramens primitifs, et qui ont une action si marquée sur la vitalité de l'utérus, sont aussi rangés parmi les causes de l'aménorrhée.

L'utérus est si intimement lié par ses sympathies avec tout le système, que toute explosion morbide grave retentit dans cet organe, trouble ses fonctions, et produit une suppression des règles, qui n'est que symptomatique, mais qui mérite toute l'attention du praticien, parce qu'elle modifie la maladie primitive et l'aggrave en la compliquant.

Symptômes. Le défaut d'écoulement des règles est le seul symptôme caractéristique de la maladie, et il peut persister seul pendant plu-

sieurs semaines et même plusieurs mois. Ordinairement il est accompagné d'un sentiment de chaleur, de tension dans le bassin, de tranchées utérines et de tiraillemens dans les régions hypogastrique et lombaire. Ces accidens s'aggravent à l'époque où un nouvel écoulement devrait avoir lieu, et se calment dans l'intervalle des périodes. L'excrétion sanguine menstruelle est si importante, qu'elle ne peut être suspendue pendant long-temps sans porter le trouble dans l'économie. Elle détermine des maladies qui diffèrent par leur nature et leur siége suivant l'idiosyncrasie des individus, les prédispositions morbides de leurs organes, et les influences extérieures. Quand l'aménorrhée est récente, qu'elle a été produite brusquement, elle cause des maladies aiguës, violentes; elle leur imprime, au contraire, un caractère de chronicité quand elle a persisté long-temps, surtout chez les femmes molles et lymphatiques.

Le *diagnostic* de l'aménorrhée est facile ; cependant il est des cas où le médecin éprouve de l'embarras pour déterminer si elle est idiopathique, symptomatique ou naturelle. En effet, l'inflammation chronique de l'utérus qui s'accompagne de suppression des règles offre les mêmes symptômes que celle-ci, quand elle s'établit lentement. La difficulté sera plus grande encore quand une femme enceinte dissimulera son état dans l'espoir que les moyens employés pour rappeler les règles détruiront le fruit de son libertinage.

L'aménorrhée est une affection légère quand elle est récente ; mais quand elle dure depuis long-temps, elle résiste quelquefois au traitement le plus approprié et met la vie de la malade en danger. Les affections qui se développent sous son influence font varier le prognostic suivant l'importance de l'organe lésé.

Traitement. L'aménorrhée accidentelle, qui n'a excité qu'un léger trouble dans l'économie, cède à l'emploi des pédiluves chauds, irritans, des sangsues appliquées à la vulve en petit nombre, et des fumigations chaudes dirigées vers l'utérus. Si l'irritabilité est exaltée, on la calmera par des bains tièdes, des boissons délayantes, de

légers narcotiques, un régime végétal. La saignée du pied est quelquefois indiquée. Ces moyens doivent surtout être employés aux époques où la nature fait effort pour ramener les règles.

Quand sous l'influence de l'aménorrhée il s'est développé des accidens, il faut les combattre en même temps qu'on cherchera à rappeler l'excrétion sanguine, qu'il ne faut jamais perdre de vue, car une maladie déterminée par une suppression des règles réagit sur l'utérus, s'oppose au rétablissement de sa fonction menstruelle, de sorte que les deux affections se compliquent et s'aggravent réciproquement.

Si l'aménorrhée est asthénique, il faut soumettre la malade à un régime analeptique, et le seconder par l'administration des médicamens toniques, les infusions aromatiques et amères, les ferrugineux. Quand la femme aura repris des forces, on se servira avec avantage de la rue, de la sabine, du safran, qui sont des excitans spéciaux des organes génitaux; mais leur action est si énergique, que le praticien doit la surveiller attentivement, s'il ne veut pas s'exposer à produire de graves accidens. Aux époques menstruelles, on cherchera à produire une congestion vers l'utérus, en appliquant des cataplasmes chauds à la partie interne des cuisses, et l'on dirigera, à l'aide d'un entonnoir, des vapeurs excitantes jusque sur l'utérus. L'aménorrhée symptomatique disparaît ordinairement avec la maladie primitive; on doit néanmoins travailler à rappeler les règles, car leur suppression imprime à toute maladie un caractère d'opiniâtreté insolite.

De la ménorrhagie.

L'écoulement des menstrues, qui est pour ainsi dire la mesure de la santé de la femme, peut dépasser la limite voulue par la nature, et constituer une véritable hémorrhagie. La science a consacré le mot de *ménorrhagie* pour spécifier cet écoulement trop abondant des règles, tandis que par celui de *métrorrhagie* elle comprend toute exalation sanguine qui a lieu dans l'utérus. Me renfermant dans mon su-

jet, je ne parlerai ni de l'hémorrhagie utérine qui s'observe avant la puberté ou après que la femme a cessé d'être féconde, ni de celle qui se manifeste pendant la grossesse.

Il est assez difficile de déterminer le point où la menstruation cesse d'être physiologique; la quantité de sang que perdent les femmes est si variable, que tel flux qui, chez l'une, est naturel, constitue une hémorrhagie pour une autre. Les règles ne doivent être considérées comme ayant un caractère morbide que lorsqu'elles sont plus abondantes qu'à l'ordinaire, et qu'elles portent atteinte à la santé générale de la femme.

La ménorrhagie reconnaît comme causes prédisposantes le tempéramment sanguin joint à une grande susceptibilité nerveuse, la sensibilité exquise de l'utérus, l'adolescence, une alimentation excitante, trop riche en matériaux nutritifs, une vie sédentaire. Ses causes prochaines sont : les secousses imprimées à l'utérus lâchement fixé dans le bassin, par le cahot d'une voiture, le trot d'un cheval, les sauts, la course; l'abus des plaisirs vénériens, surtout à l'approche des règles; une imagination lascive, des désirs amoureux trop vifs, l'onanisme, l'abus des boissons spiritueuses, des purgatifs drastiques, des emménagogues, le séjour dans un appartement trop chaud, et toutes les émotions brusques et violentes.

Ordinairement la ménorrhagie est précédée de signes qui annoncent une congestion vers l'utérus; la femme éprouve un sentiment de tension, d'embarras dans la matrice, accompagné de chaleur et de prurit; les lombes, le dos, l'hypogastre sont douloureux; il y a du ténesme, de la constipation. A ces symptômes se joignent des alternatives d'horripilation et de chaleur; le pouls et plein et dur. Après un léger frisson, le sang s'échappe avec plus ou moins de force, et les phénomènes précurseurs se dissipent peu à peu. La maladie alors n'offre plus qu'un symptôme, l'excrétion du sang, et elle ressemble parfaitement à l'hémorrhagie qui succède à l'écoulement des règles. Mais à mesure que le sang coule, la femme s'affaiblit et pâlit; le pouls se déprime, la vue se trouble, les extrémités se refroidissent et des

syncopes surviennent. Si la ménorrhagie se renouvelle souvent, ou que, peu abondante, elle devienne chronique et se prolonge, la faiblesse augmente, les lèvres, la face, tout le corps se décolorent; la femme ne peut se livrer au moindre exercice sans être essoufflée; l'appétit se perd, les digestions sont pénibles; les pieds s'œdématient; enfin la femme succombe au bout d'un temps plus ou moins long, dans un état d'infiltration générale.

Lorsque la ménorrhagie est précédée de symptômes de pléthore générale ou de congestion vers l'utérus, elle rentre dans la classe des hémorrhagies actives; elle est intermédiaire quand elle arrive sans phénomène précurseur; elle est passive si elle se manifeste chez une femme dont la santé est détériorée.

La ménorrhagie accidentelle est rarement une affection grave; elle n'offre de danger réel que lorsqu'elle se renouvelle souvent, et que, passant à l'état chronique, elle conduit la malade à l'épuisement, à l'infiltration, à la mort.

Le traitement de la ménorrhagie doit être subordonné à la nature de l'hémorrhagie. Quand elle sera accompagnée de symptômes de réaction, on débutera par une saignée du bras, et on la réitérera si le pouls conserve de la dureté et de la fréquence. On couchera la malade horizontalement sur un lit dur, on la couvrira peu. On la mettra à une diète sévère, et pour boisson on prescrira l'eau de riz, la limonade citrique ou sulfurique. Si l'hémorrhagie ne cède pas, et que le sang coule abondamment, on appliquera sur l'hypogastre et la partie interne des cuisses des linges trempés dans de l'eau très-froide ou du vinaigre; on fera plonger les mains dans de l'eau glacée, et on donnera des lavemens froids. Si la malade est nerveuse, il est bon de lui administrer quelques antispasmodiques, soit en potion, soit en lavement. Il est urgent d'éloigner de la femme tout ce qui pourrait vivement l'affecter.

Quand la ménorrhagie passe à l'état chronique, les émissions sanguines sont nuisibles; il faut soumettre la malade à un régime doux, éloigner d'elle les excitans physiques et moraux, administrer des

boissons gommeuses, émulsionnées. Le petit-lait tamariné, et des lavemens tièdes préviendront la constipation. Si la maladie continue, on donnera des boissons froides, acidulées avec l'eau de *Rabel* ou l'acide sulfurique. L'extrait ou la décoction de ratanhia ont souvent été utiles, et on a retiré de bons effets des injections astringentes faites avec une décoction de racines de patience, de bistorte, d'écorce de grenade ou de chêne. On soutiendra les forces par l'usage des crèmes de riz, de sagou, de salep ou d'un jaune d'œuf délayé dans du lait sucré. Malgré ces moyens, la ménorrhagie se perpétue quelquefois, et la malade tombe dans un grand affaiblissement; alors le flux sanguin peut être considéré comme passif, et l'on doit chercher à fortifier toute l'économie par une nourriture saine et aussi abondante que les forces digestives le permettent; on prescrira en même temps les astringens les plus énergiques, soit en injection, soit intérieurement.

On a conseillé les vomitifs pour combattre la ménorrhagie passive; j'avoue que je ne les administrerais qu'en tremblant, car il me semble que les secousses imprimées à la matrice par la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme sont plutôt susceptibles d'augmenter l'écoulement du sang que de le diminuer. — Il est des femmes qui, par suite de leur inaction et de leur extrême susceptibilité, ont des règles très-abondantes; elles sont pâles, grêles, délicates; elles sont dans un état intermédiaire entre la santé et la maladie. Les soins hygiéniques suffisent pour modérer le flux sanguin, et il se mettra plus en rapport avec le besoin de l'économie si ces femmes sont sobres au physique et au moral.

Des accidens qui surviennent à l'époque de la cessation des règles.

La plupart des femmes ne voient qu'avec anxiété arriver l'âge du retour, persuadées qu'elles sont alors menacées des accidens les plus terribles. La dénomination de *temps critique* affectée à cette époque exprime très-bien leurs craintes exagérées, nées de cette mauvaise manière d'argumenter, *post hoc, ergo propter hoc.*

Les causes des maladies sont souvent si difficiles à apprécier, qu'il n'est pas étonnant que l'on ait attribué à la cessation des règles la triste prérogative de traîner à sa suite presque toutes les infirmités humaines. Il me semble que l'on a trop perdu de vue que les règles ne disparaissent que par le vœu de la nature, qui cherche à briser les liens sympathiques par lesquels l'utérus tenait asservie toute l'économie de la femme. La cessation de la menstruation est un phénomène naturel, qui le plus souvent se passe sans que les femmes éprouvent aucune altération dans leur santé, à moins que quelque accident n'entrave la marche de la nature. Il se trouve même des femmes qui après avoir perdu reprennent une nouvelle vigueur; ainsi on voit celles qui étaient frêles et délicates, que des évacuations trop copieuses affaiblissaient, acquérir un embonpoint qui leur rend une sorte de fraîcheur et de rajeunissement.

Je suis cependant éloigné de croire que la crise qui soustrait les femmes à l'influence des organes génitaux s'opère toujours dans le calme. Des maladies chroniques depuis long-temps stationnaires prennent souvent alors un caractère d'acuité, marchent avec une effrayante rapidité, et entraînent les femmes dans la tombe. Mais l'époque de la cessation des règles ne mérite réellement le nom d'*âge critique* que pour les personnes qui ont commandé à la nature au lieu de lui obéir, se sont abandonnées avec fureur aux plaisirs de l'amour, se sont livrées à l'onanisme, ou se sont gorgées de drogues abortives, et dont la sensibilité générale, et spécialement celle de l'utérus, a été exaltée de mille manières. Enfin l'âge du retour est vraiment l'époque où les femmes paient chèrement les excès de leur jeunesse : je l'appellerais volontiers l'*âge d'expiation*.

Les femmes robustes, sanguines, qui font peu d'exercice, sont exposées, lors de la cessation des règles, aux accidens que produit la pléthore. Les viscères intérieurs paraissent embarrassés, souvent les articulations se tuméfient, la progression est douloureuse et quelquefois même impossible. Cet état n'offre rien d'alarmant. Une saignée générale fait disparaître la pléthore, et un régime végétal, joint

à un exercice modéré, s'oppose à ce qu'elle s'établisse de nouveau.

D'autres femmes éprouvent des accidens nerveux analogues à ceux qui s'observent lors de la première apparition des règles. C'est à l'hygiène qu'il faut emprunter les moyens de les combattre: une alimentation relâchante, l'exercice en plein air, les bains tièdes leur conviennent. Il faut éloigner d'elles toutes les affections vives, leur procurer de la distraction, et leur recommander d'être sobres de plaisirs vénériens; car le coït trop fréquemment répété entretient dans l'utérus une irritation nerveuse qui peut déterminer l'hystérie, ou passer à l'état d'irritation sanguine, et amener une métrite chronique.

La ménorrhagie affecte quelquefois les femmes qui sont sur le point de perdre. Elle ne diffère en rien de la ménorrhagie qui survient dans un autre âge: le traitement doit être le même. Peut-être serait-il prudent de ne pas arrêter cette hémorrhagie, la considérant comme une crise par laquelle la nature se débarrasse d'une certaine quantité de sang dont elle se trouve surchargée, surtout chez les femmes pléthoriques.

On a répété jusqu'à satiété que l'époque de la cessation des règles était l'époque la plus féconde en affections cancéreuses de l'utérus. M. *Desormeaux* ne partage pas cette opinion; il assure que dans un grand nombre de cas de cette nature il a pu constater que la maladie remontait presque toujours à plusieurs années avant l'âge critique. On pense généralement que le cancer est produit par une irritation spéciale; comment se ferait-il que l'utérus serait particulièrement affecté de cette maladie au moment où son irritabilité diminue? N'est-ce pas comme si l'on disait que la tendance au repos produit le mouvement?

On a préconisé la saignée pour prévenir les accidens qui peuvent accompagner la cessation des règles; mais, dans la plupart des cas, la nature se suffit à elle-même, et la saignée est au moins inutile, si elle n'est pas nuisible, car elle a pour effet d'entretenir l'habitude qu'a contractée l'économie de perdre une certaine quantité de sang, quand évidemment elle tend à en secouer le joug. Les évacuations sanguines

ne devront être employées que lorsqu'il s'établira une pléthore générale, ou qu'il se manifestera des signes d'irritation de l'utérus. — Les purgatifs sont vulgairement conseillés à l'époque critique ; leur usage est généralement pernicieux, surtout celui des aloétiques, qui, déterminant un afflux de sang vers le bassin, peuvent occasionner une perte dangereuse; d'ailleurs le but que l'on se propose en les administrant est de suppléer à la dépuration naturelle qui s'opérait par la menstruation ; or, rien n'est plus hypothétique que cette prétendue dépuration : c'est donc une chimère que l'on veut combattre.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Æstate et autumno cibos difficillimè ferunt: hyeme facillimè; deindè vere. *Ibid.*, *aph.* 18.

III.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Ibid.*, *aph.* 24.

IV.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 5, *aph.* 32.

V.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Ibid.*, *aph.* 13.

VI.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

RECHERCHES ET PROPOSITIONS N° 187.

SUR QUELQUES POINTS

D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE

ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, ETC.;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 17 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-B.-L. DECÈS, de Saint-Martin-d'Ablois,

Département de la Marne;

Ancien Chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Reims; ex-Élève de première classe de l'École pratique, etc.

Primi impetus anatomici. (ARANT., Cant.)
Juvenis primi conatus.
(HALL., *Meth. stud. med.* BOERH.)

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE.

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président*. / ROUX, *Examinateur*.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / GHOMEL, *Suppléant*. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur*.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur*.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur*.	Lisfranc, *Examinateur*.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois, *Suppléant*.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage de mon amour et de ma reconnaissance.

A MONSIEUR DUQUÉNELLE,

Chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur ; Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims ; Professeur de chirurgie clinique ; Membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Hommage de l'amitié respectueuse et de la vive reconnaissance de son élève.

J.-B -L. DECÈS

RECHERCHES ET PROPOSITIONS

SUR QUELQUES POINTS

D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE

ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, ETC.

I.

§ I^er^. *Des membranes diaphanes.* Cet ordre de membranes ne me paraît pas avoir été le sujet d'une investigation assez scrupuleuse. Leur texture et leurs fonctions sont encore un sujet de controverses. Éparses dans les cadres d'anatomie générale, leurs analogies ne paraissent pas avoir suffisamment frappé les anatomistes, ou leur ont paru insuffisantes pour en constituer un ordre à part, distinct et bien isolé. Presque seuls, quelques pathologistes récens ont osé douter du rôle important qu'on leur avait fait jouer depuis *Pinel*, et cependant on leur consacre encore une large place dans les Nosographies récentes, sanctionnant ainsi les traditions et les erreurs du passé.

Je désirerais fixer l'attention des anatomistes sur ce sujet, et, à l'aide de faits épars et de recherches particulières, déterminer quelle est leur véritable organisation, leurs fonctions, leurs altérations, et

la place qu'elles devraient occuper dans un cadre d'anatomie générale.

§ II. Sous le nom de *membranes diaphanes*, je comprends, 1°. les membranes séreuses ; 2°. les membranes synoviales ; 3°. les membranes synoviales des tendons et les bourses muqueuses ; 4°. les membranes internes des vaisseaux ; 5°. la membrane hyaloïde, etc. ; 6°. l'amnios.

Au premier aspect ces diverses membranes semblent bien offrir quelques différences assez notables ; mais je crois qu'elles dépendent moins de leur nature intime que des fonctions auxquelles elles doivent concourir ; ce sont des différences locales qui n'en nécessitent pas dans leur nature.

Ne pouvant m'appesantir sur chacune d'elles en particulier, ce qui m'entraînerait dans des détails fastidieux et inutiles, je me propose d'en parler collectivement ; j'insisterai seulement avec d'autant plus de soin sur chacune d'elles, que le rôle qu'on leur a fait jouer jusqu'ici aura paru plus important ; je ne signalerai, pour les autres, que les différences qui pourraient tenir à leur localité.

§ III. Avant de commencer leur examen, je crois qu'il est convenable d'exposer leurs principales analogies. *Toutes ces membranes sont minces, luisantes, transparentes ; elles sont privées de vaisseaux capillaires ; elles ne sont pas susceptibles de s'enflammer, d'éprouver des dégénérescences, des transformations ; elles conservent toujours leur* DIAPHANÉITÉ.

§ IV. Ces analogies me paraissent suffisantes pour en constituer un ordre à part, et sembleraient, de plus, demander un nom commun qui les réunît dans la pensée. Leur nature ne me semble pas assez connue ; les propriétés qu'elles présentent paraissent toutes négatives, et tendraient même à les faire considérer comme non vivantes, du moins à la manière dont nous concevons la vie. Ce motif me semble

suffisant pour chercher ailleurs un caractère distinctif qui puisse les signaler ; ce caractère me paraît se trouver dans leur *diaphanéité*, qui ne peut être altérée par leurs lésions, ni par les maladies d'aucun tissu environnant, et qu'on peut même retrouver par le lavage, alors que des liquides colorés auraient pu la ternir. *Diaphymes* (de διαφαινω et de υμην) est celui qui me paraît le plus convenable. Alors ce tissu pourrait être distingué, d'après le liquide avec lequel il est en contact, en *diaphymes séreuses*, *synoviales*, *vasculaires*, etc.

§ V. Après avoir énoncé d'une manière générale les principaux caractères des *diaphymes*, il est nécessaire que je revienne sur chacune des principales propositions émises plus haut, et que je cherche à les étayer de preuves anatomiques, physiologiques et anatomico-pathologiques.

§ VI. Ce qui caractérise surtout un tissu vivant, ce qui le rattache à l'ensemble de l'organisme, ce sont les vaisseaux et les nerfs qui entrent dans son organisation. En a-t-on rencontré dans ces membranes?

1°. *Bichat* dit, en parlant des membranes séreuses : « Dans le cas où les vaisseaux sanguins sont injectés, on les enlève facilement avec le scalpel de la face externe de ces membranes sans intéresser leur continuité..... En examinant ces membranes là où elles sont libres par l'une et l'autre de leurs faces, aucun vaisseau sanguin n'y est sensible..... Ce qu'on appelle *artères du péritoine*, *de la plèvre*, etc., ne sont que des troncs rampans sur la surface externe de ces membranes, susceptibles de l'abandonner lorsqu'elles se déplacent, leur étant pour ainsi dire étrangers, n'entrant point immédiatement dans leur structure, etc. »

Aucun anatomiste, depuis *Bichat*, n'a découvert de vaisseaux sanguins dans ces membranes, soit dans les séreuses, soit dans les synoviales, soit dans les membranes internes des vaisseaux, etc.; nous pouvons donc conclure que rien n'autorise à leur en supposer, et que tout, au contraire, concourt à confirmer l'opinion opposée.

2°. Mais si peu d'anatomistes osent encore supposer l'existence de vaisseaux sanguins dans leur texture pour expliquer les fonctions qu'on leur prête, il n'en est pas de même de ceux qui admettent l'existence des vaisseaux lymphatiques. Depuis les belles expériences de *Mascagni* sur ces vaisseaux, on croit généralement qu'elles sont formées, en grande partie, par un lacis inextricable de lymphatiques; mais les expériences mêmes de cet illustre anatomiste sont loin d'être convaincantes. Et d'abord, remarquons qu'il n'a cherché à injecter que le péritoine et la plèvre, et que ces deux membranes sont presque partout recouvertes d'une couche *cellulo-vasculaire* plus ou moins épaisse, ce qui n'est pas du tout indifférent pour les résultats obtenus. Mais ces résultats eux-mêmes sont-ils bien convaincans? Ils se bornent aux suivans : 1°. Ayant ouvert un vaisseau lymphatique, et l'ayant injecté, il a vu le mercure le pénétrer, se distribuer dans ses ramifications, et s'arrêter aux glandes lymphatiques; 2°. *pressant, à l'aide d'une spatule,* le vaisseau et les rameaux injectés, il força le fluide à prendre une direction contraire à celle qu'il avait en entrant, et il vit apparaître un réseau tellement serré, que la partie semblait *recouverte d'une lame d'argent;* 3°. enfin, prenant une lentille très-aiguë, il vit le mercure sortir en petites gouttelettes de *l'extrémité des suçoirs!*

Je le demande, ces injections ne donnent-elles pas plutôt l'idée d'un fluide infiltré dans un tissu perméable qu'elles ne prouvent l'existence d'un lacis vasculaire dans ces membranes? Et c'est d'après elles seules que *Mascagni* et les auteurs qui ont admis son opinion croient à l'existence de cet ordre de vaisseaux dans les membranes séreuses; d'ailleurs aucune autre expérience n'en a démontré l'existence dans les autres espèces de membranes.

3°. On n'a pu poursuivre encore aucun filet nerveux jusque dans leur tissu.

§ VII. Ces membranes sont privées de l'irritabilité et de la sensibilité; soumises à des mouvemens d'extension et de rétraction assez

subits, continuellement en contact avec un fluide étranger, n'ayant pour tout office que de transmettre à une surface le fluide qui est déposé sur l'autre, et de le laisser repasser ensuite, on sent combien ces deux propriétés leur eussent été inutiles.

§ VIII. Jusqu'à présent, nous n'avons encore rencontré que des preuves extrêmement probantes à l'appui de nos propositions, mais que le doute pourrait encore révoquer. Il est un autre genre d'épreuve auquel on peut soumettre une opinion anatomique, c'est celui que notre illustre maître, *Bichat*, a mis au monde et exploité avec tant de bonheur et de succès pour la science; l'examen des lésions morbides. Pas de vie sans action d'organes, pas d'action sans trouble possible, et pas de trouble continué sans lésion organique : l'un est la conséquence de l'autre, et celui-ci la preuve de celui-là.

Dans les sciences, le génie pose les principes, et s'il s'en écarte, il a du moins jalonné la route. *Bichat*, dans ses investigations anatomico-pathologiques, a cru trouver des preuves suffisantes pour en conclure que ces diverses membranes étaient douées d'une vie très-active. Je crois être arrivé au résultat opposé; c'est du moins ce que je m'en vais essayer de démontrer, en examinant successivement les divers états morbides qu'on a cru y rencontrer.

Sont-elles susceptibles de s'enflammer? Plusieurs ordres de preuves ont été allégués pour le prouver : 1°. on les a trouvées injectées, rouges; 2°. on a trouvé de la sérosité purulente, du pus et des flocons albumineux épanchés ou infiltrés à leurs surfaces, libre ou adhérente; 3°. on les a trouvées recouvertes de fausses membranes; 4°. leur couleur a été manifestement altérée dans un grand nombre de cas; 5°. elles ont été trouvées ramollies, 6°. hypertrophiées, 7°. ulcérées, 8°. et gangrénées.

1°. L'*injection* et la *rougeur* méritent de fixer toute notre attention; car, du moins pour quelques-unes de ces membranes, ce caractère a paru suffisant à des anatomistes distingués pour prouver leur inflammation. L'injection n'a été trouvée et n'a pu être trouvée, que là où

existaient des vaisseaux capillaires; la rougeur a été vue dans toutes ces membranes. L'injection a été trouvée dans la première période de l'inflammation, la rougeur à une période plus avancée. Si, alors qu'une membrane vous paraît injectée, vous répétez sur elle l'expérience faite par *Bichat* (§ VI), vous trouvez cette membrane offrant sa transparence et sa cohésion normales. Lorsque, détachée avec soin de la couche *cellulo-vasculaire* sous-adjacente, elle reste rouge; si vous examinez cette même couche avec attention, vous la trouverez également d'un rouge uniforme, comme si les vaisseaux capillaires s'étaient rompus, et que le sang se soit infiltré et combiné à leur propre tissu. Dans ce cas, si on lave avec soin la membrane séreuse, on la prive de tout le sang qu'elle contient, et on lui rend toute sa transparence. Ce sang n'y était donc pas combiné, mais il s'y trouvait seulement à l'état d'imbibition. J'ai plusieurs fois répété ces expériences, qui m'ont toujours réussi.

Ces deux états s'observent également à l'égard des membranes internes des artères et des veines, avec cette remarquable différence cependant, que l'injection y est beaucoup moins prononcée, excepté dans les gros troncs artériels et veineux, et beaucoup moins encore dans ceux-ci que dans les premiers, attendu que leur couche *cellulo-vasculaire* y est moins développée. On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de l'inflammation de ces membranes; la rougeur en a été considérée comme le principal caractère; mais quand bien même on n'aurait pas démontré, ce que je suis loin de croire, que ce caractère résultait d'une imbibition accidentelle, il me suffirait d'annoncer, pour le moment, qu'on en sentira la complète impossibilité par les motifs que je signalerai plus loin.

Quant aux membranes synoviales, dans deux ou trois cas où j'ai eu occasion d'observer l'inflammation aiguë de la couche *cellulo-vasculaire* adjacente, je les ai trouvées manifestement dans leur état normal; mais j'avoue qu'il est un cas fort embarrassant, et que sans doute on ne manquera pas de m'opposer; c'est l'état fongueux et vasculaire qu'on rencontre à la suite des maladies chroniques des arti-

culations. J'avoue que mes recherches sont insuffisantes sur ce point, soit pour le concilier avec mes propositions, soit pour l'en rejeter. Cependant je pourrais demander à ceux qui regardent cet état comme le résultat d'une inflammation chronique de la membrane synoviale, s'ils ont jamais pu trouver cette membrane, l'isoler des surfaces articulaires, et par conséquent affirmer qu'elle y existe? Non, assurément non, et par conséquent il me sera permis de considérer ce fait comme étant à part, et par cela même dehors des objections qui pourraient légitimement m'être adressées.

Les membranes amnios, hyaloïde, n'ont jamais été trouvées injectées; quand on les a trouvées rouges, on a toujours pu voir du sang en contact avec elles.

2°. L'*infiltration* d'une sérosité sanguinolente, albumineuse ou purulente, qu'on rencontre sous leur surface adhérente, ou bien, l'*épanchement* de ces mêmes matières sur leur surface libre, prouvent-ils que ces membranes peuvent s'enflammer? Examinons d'abord dans quel état on a trouvé ces membranes lorsqu'elles étaient en contact avec ces liquides. Deux cas se sont présentés : ou bien leur contact avait été peu prolongé, ou bien, au contraire, il avait duré un certain temps. Dans le premier cas, on ne les a jamais rencontrées ni injectées, ni opaques, ni ramollies; on n'a trouvé aucun changement appréciable, sinon qu'exposées à une *lumière réfléchie*, elles semblaient offrir quelques légères inégalités. Eh! d'ailleurs, comment concilier le fait suivant? Production d'une quantité considérable de sérosité albumineuse par une membrane dans laquelle on ne voit pénétrer aucune artère, dans laquelle on ne rencontre aucun vaisseau sanguin, et cela, dans l'espace de quelques heures, de quelques instans (*pleurésie*, etc.). Il est à remarquer encore que la production de cette sérosité albumineuse aurait dû nécessiter le passage d'une quantité de sang beaucoup plus considérable. Passons au second cas. Dans quel état ont-elles été trouvées lorsque des liquides morbides baignaient l'une ou l'autre de leurs surfaces? Elles ont offert la même teinte que le liquide qui les environnait, elles étaient un peu gonflées

et légèrement ramollies; mais jamais on n'a trouvé un développement de vaisseaux capillaires qui leur soient propres. Que peut-on conclure de ce fait, sinon que se trouvant en contact avec un liquide pendant long-temps, elles s'en sont laissé pénétrer? Il est une remarque importante à ajouter ici, c'est que dans toutes les circonstances où j'ai pu observer ces différens cas, j'ai constamment vu la membrane *cellulo-vasculaire* affectée, et cela dans un rapport proportionnel à la quantité du fluide épanché et à sa nature. On pourrait encore se demander comment il se fait que l'épanchement a lieu tantôt à leur surface libre, tantôt à leur surface adhérente? Ce phénomène paraît dû à une cause toute mécanique, aux adhérences plus ou moins intimes qui les unissent aux tissus sous-jacens.

3°. Leur *couleur*, suivant les diverses nuances qu'elle a présentées, a encore été, par quelques anatomistes, rangée au nombre des signes qui indiquaient leur inflammation. Je me contenterai de faire une seule remarque à son égard, c'est que je ne l'ai jamais trouvée altérée qu'alors que des fluides baignaient ses surfaces, ou quand on pouvait en trouver des traces évidentes; toujours elle présentait la même nuance qu'eux. La sérosité peut la rendre blanchâtre.

4°. Leur *ramollissement* a encore été allégué pour étayer la même opinion; mais il n'a lieu que dans le cas où leur couleur est altérée, que quand des fluides sont trouvés en contact avec elles : je renvoie à ce que j'en ai dit plus haut.

5°. Elles ont été trouvées *amincies* et *hypertrophiées*. Je n'ai jamais rencontré le premier cas, et je crois bien qu'alors qu'on a cru les trouver telles, elles étaient seulement isolées de leur couche sous-jacente. Leur hypertrophie ou leur épaississement est un état qu'on rencontre très-souvent. A quoi tient-il? quelle en est la cause? Je crois que quelques anatomistes ont commis une grande méprise, à cet égard, en affirmant que c'était la membrane elle-même qui était épaissie; toutes les fois que je l'ai trouvée ainsi, j'ai *toujours* pu en détacher une fausse membrane qui lui était accolée, et je l'ai toujours trouvée à l'état normal. Cette fausse membrane peut occuper deux

positions différentes à l'égard de celles-ci, ou bien elle est appliquée sur leur surface libre, ou bien elle est déposée à leur surface adhérente; le premier cas se rencontre toujours sur le péricarde et dans tous les endroits où une membrane est fortement adhérente; on peut rencontrer le cas opposé lorsqu'elles sont libres, ou bien unies par de faibles liens aux parties sous-jacentes.

6°. Elles ont encore été trouvées *ulcérées*. On a rencontré les trois cas suivans : 1°. une légère couche de leur épaisseur a paru enlevée; 2°. toute leur épaisseur avait disparu, les membranes sous-jacentes n'étant pas perforées; 3°. enfin, toute leur épaisseur était détruite, et quand c'était un canal auquel elles étaient adossées, celui-ci a été trouvé perforé.

C'est surtout dans les artères qu'on a pu remarquer le premier cas; toutes les fois que je l'y ai rencontré, leur membrane avait la transparence ordinaire, et souvent les autres membranes de celles-ci étaient dans un état morbide; j'avoue que je n'ai pu jamais observer de rapports entre leurs lésions, ni trouver d'explications satisfaisantes pour m'en rendre compte, ce qui ne peut altérer en rien, toutefois, la valeur des autres faits.

Le second cas a été observé dans les artères, les membranes séreuses et synoviales. Quant à celui-ci, l'altération de la couche *cellulo-vasculaire* a été évidemment primitive; car lorsqu'on le remarque, on rencontre constamment les trois états suivans aux environs, 1°. légère rougeur circonscrite, sensible à travers la membrane interne, qui est à l'état normal; 2°. amas blanchâtre, pultacé, qui soulève celle-ci, déjà altérée; 3°. enfin perforation de cette membrane, qui permet de voir au travers d'elle une ulcération dont le fond est rouge, fongueux, ramolli.

Enfin, le troisième cas est le plus important à signaler. Il a été rencontré à la suite d'ulcérations intestinales, et de celles qui ont attaqué les membranes externes des artères. Les premières s'observent très-souvent, les secondes sont beaucoup plus rares. Dans les ulcérations intestinales, on peut remarquer les deux circonstances sui-

vantes : ou bien elles ont pénétré jusqu'à la couche *cellulo-vasculaire* sous-jacente au péritoine, ou bien elles ont déjà envahi celle-ci. Dans le premier cas, le péritoine paraît rouge, mais si on enlève la couche sous-jacente, qui lui est étrangère, on trouve celui-ci transparent et intact. Dans le cas où la couche *cellulo-vasculaire* a déjà été envahie par l'ulcération, on peut distinguer les deux périodes suivantes, que j'ai toujours retrouvées constamment, 1°. le centre seul en est détruit, le péritoine a recouvré sa transparence dans ce point; 2°. cette couche est détruite dans toute l'étendue du fond de l'ulcère, le péritoine a repris dans la même étendue sa transparence; il n'est ni rouge, ni ramolli. Lorsqu'on a trouvé l'ulcération des membranes externes des artères, les mêmes effets ont été observés. M. *Delpech* cite un cas dans lequel les deux membranes externes d'une artère étaient ulcérées, et la membrane interne se trouvait à l'état normal C'est encore ce qu'on observe dans l'*Aneurysma herniam arteriæ sistens*, de *Haller*.

7°. Enfin on dit les avoir rencontrées *gangrénées*. Quelles sont les circonstances dans lesquelles on a signalé ce cas? Seulement lorsque les tissus voisins en étaient atteints. C'est dans les hernies étranglées, dans les gangrènes du poumon, des intestins, etc.; or, dans tous ces cas, ou bien les tissus étaient profondément gangrénés sous elles, ou bien une couche plus ou moins étendue partageait la même affection. J'ai eu peu d'occasions d'observer ces lésions; cependant j'assure les avoir rencontrées intactes dans le cas de gangrène qui avait promptement amené la mort du malade, et seulement ramollies et teintes du fluide environnant dans le cas opposé.

§ IX. Leurs *plaies* sont-elles susceptibles de se cicatriser? On sait que quelque petite que soit l'ouverture faite à la membrane interne des artères, jamais elle ne se cicatrise. M. *Travers* dit que ses observations lui ont prouvé qu'il en était de même pour les veines. On sait que généralement, après les plaies pénétrantes de l'abdomen, les hernies qui ont lieu dans l'endroit où elles ont été faites sont privées

de sac péritonéal ; cependant une assertion de *Béclard* semblerait infirmer cette observation, généralement admise; il dit : « Dans les hernies qui succèdent à d'anciennes plaies pénétrantes de l'abdomen, le péritoine forme, comme à l'ordinaire, un sac aux viscères déplacés, bien qu'on ait long-temps soutenu le contraire; seulement ce sac est plus mince et semble entièrement formé par la cicatrice, restée plus extensible que le tissu voisin. » Mais on sait que *Béclard* regardait la couche *cellulo-vasculaire* comme une dépendance du péritoine; et l'on peut voir que son observation porte entièrement sur elle. Enfin on a observé la même chose à l'égard des membranes synoviales... On sait que la dénudation de quelques-unes de ces membranes, même dans une étendue considérable, lorsqu'elle a lieu par leur face adhérente, n'est ordinairement accompagnée d'aucun danger; c'est ce qu'on observe dans la taille hypogastrique, dans les fistules à l'anus, etc., circonstances dans lesquelles la couche cellulo-vasculaire se trouve isolée de ses communications vasculaires, ce qui diminue considérablement la possibilité de son inflammation.

§ X. Sont-elles susceptibles d'éprouver les diverses *transformations* fibreuses, cartilagineuses, osseuses, etc.? Je ne connais aucun exemple qui prouve l'existence des deux premiers cas; lorsqu'on a cru les rencontrer, l'erreur était semblable à la suivante : leur ossification, qui est généralement admise; on dit l'avoir surtout rencontrée dans les artères, où elle est le plus fréquente. *Bichat* dit, en parlant de l'ossification de la membrane interne de ces vaisseaux : « Ces incrustations... commencent constamment à sa surface externe... il reste toujours sur l'incrustation une espèce de petite pellicule qui la sépare du sang, et qui appartient à la membrane; jamais la substance terreuse n'est en contact avec le sang. » J'ajoute que j'ai toujours trouvé *cette pellicule*, qui n'est autre chose que la membrane interne des artères dans toute son épaisseur et à l'état normal.

§ XI. Les *productions anormales* qu'on a cru aussi trouver dans leur

épaisseur sont toujours situées derrière elles, et, le plus souvent, n'altèrent en rien leur texture ; c'est surtout ce qu'on peut remarquer très-facilement dans cette espèce de production *squirrheuse* qu'on trouve à la suite de quelques maladies chroniques des viscères abdominaux (*gastrite, péritonite chroniques,* etc.) ; alors des tumeurs, quelquefois très-considérables, sont recouvertes par un feuillet péritonéal solide, résistant, diaphane et tout à fait à l'état normal. Quant aux productions *tuberculeuses, mélaniques,* etc., je les ai toujours trouvées dans les deux états suivans, par rapport à ces membranes, 1°. à l'état de *crudité*, alors la membrane qui les recouvre conserve une parfaite intégrité ; 2°. à l'état de *coction*, alors, suivant que la matière purulente a plus ou moins séjourné à leur surface, qu'elle est plus ou moins liquide, celle-ci est plus ou moins opaque, ramollie, déchirée ou détruite. Mais, dans ce cas, cette déchirure est purement mécanique : elle est due à ce que son tissu, préliminairement ramolli par le liquide imbibé, a cédé à l'effort qui tendait à la distendre.

§ XII. Examinons maintenant si l'on peut rationnellement concevoir leur inflammation d'après les *causes*, les *symptômes* et la *marche* qu'on lui attribue dans ces membranes. Parmi les *causes* appréciables, on cite surtout les suppressions de la transpiration, des hémorrhagies, d'un catarrhe ; or, quel qu'en soit l'intermédiaire, quelle est celle de ces causes qui n'ait pour résultat un trouble dans la circulation? ces membranes n'ont pas de vaisseaux pour l'éprouver. On cite la présence d'un corps étranger, fluide ou solide; mais dans ce cas il agit en même temps sur les tissus voisins, sur la couche *cellulo-vasculaire*, sur laquelle ces membranes sont appliquées; d'ailleurs n'avons-nous pas observé que lorsqu'un corps étranger s'était développé sous elles, il pouvait y séjourner fort long-temps sans y déterminer aucun altération, ou bien que lorsque celle-ci avait lieu, elle était purement mécanique? On a cité encore leurs contusions ; mais ne doivent-elles pas léser beaucoup plus facilement le tissu mou, vasculaire qui les environne, que ces membranes elles-mêmes, qui sont

denses, tenaces, qui subissent souvent des allongemens et des retraits subits sans lésion appréciable, etc ?

Parmi leurs *symptômes* on a surtout noté une douleur intense, subite, déchirante, quelquefois mortelle par elle-même. Elles n'ont pas de nerfs. On remarque constamment une réaction des plus intenses; comment la concevoir, puisque ce tissu n'est ni sensible ni irritable ? Je ferai une remarque relativement au *facies* de la *péritonite ;* je pense qu'il est dû à ce que l'inflammation de la couche *cellulo-vasculaire* est infiniment plus étendue qu'elle ne peut l'être dans aucune autre cavité. Enfin on sait quelle *marche* rapide et aiguë ont les inflammations dont on les a fait le siége, et aucune raison ne porte à croire qu'elles soient vivantes.

Je ne reparlerai pas des épanchemens considérables et subits dont on les a cru capables d'opérer la production. (Voy. § VIII, 2°.)

§ XIII. Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède :

1°. Que rien n'autorise à admettre des vaisseaux et des nerfs dans ces membranes, attendu qu'on n'en a jamais pu trouver dans l'état sain et qu'elles n'en ont jamais présentés dans aucun état morbide ;

2°. Qu'elles ne sont ni sensibles, ni irritables ;

3°. Qu'elles ne sont pas susceptibles d'inflammation, de transformation, ni de désorganisation ;

4°. Qu'elles ne peuvent se cicatriser;

5°. Que les causes, les symptômes, la marche qu'on avait attribués à leur inflammation ne peuvent pas rationnellement s'y rapporter ;

6°. Que les propriétés qui les caractérisent et qui leur sont communes sont suffisantes pour en constituer un *Ordre* à part, distinct et bien isolé ;

7°. Que leur propriété la plus remarquable est la *diaphanéité,* qu'on retrouve toujours dans quelque état qu'on les rencontre, si ce n'est lorsqu'elles ont été long-temps en contact avec un liquide coloré ; que, dans ce cas même, on peut encore constamment la leur rendre à l'aide de lavages suffisans ;

8°. Ces différentes propriétés me portent à conclure qu'elles ne

doivent occuper dans les cadres d'anatomie générale que le dernier chaînon des tissus organisés, avant les *produits*, tel que l'épiderme, etc.;

9°. Enfin que leurs maladies doivent disparaître des cadres nosographiques.

II.

§ XIV. *Analogies de la peau et des membranes muqueuses, considérées dans leurs rapports anatomiques.* Avant *Bichat*, les différences qui distinguent ces deux membranes avaient seules frappé; mais dans un vaste recensement de la science, le génie qui avait créé l'*Anatomie générale* ne pouvait laisser échapper les analogies qui rapprochent ces deux membranes, limites du chef-d'œuvre que son pinceau venait, pour ainsi dire, de rajeunir et de créer de nouveau.

Les analogies neuves et ingénieuses qu'il a trouvées entre ces deux membranes, ne me paraissent cependant pas être entièrement exactes. M. *de Blainville* le premier, je crois, les a établies sous un nouveau point de vue, et me paraît avoir mieux réussi, bien qu'il ait un peu dépassé les bornes que semblait prescrire un semblable sujet.

§ XV. 1°. A la surface de la peau, comme à celle des membranes muqueuses, on rencontre un épiderme, dont le développement paraît être en raison directe du contact que nos parties peuvent éprouver avec des corps étrangers durs et susceptibles de les léser; là où ces mêmes corps ne pouvaient atteindre que divisés, ramollis, pulpeux; là il pouvait cesser d'exister; c'est ce qu'on observe vers le milieu du canal alimentaire, où il eût été nuisible en entravant l'absorption qui s'y opère; 2°. un réseau vasculaire existe aussi dans ces deux membranes; il y est développé en raison directe de l'exhalation et de l'absorption qui s'opèrent à leurs surfaces; 3°. enfin on rencontre un chorion dans l'une et dans l'autre, d'autant plus développé que ces membranes devaient soutenir plus d'efforts. C'est la membrane cellulaire, fibro-cellulaire, des anatomistes modernes, *nerveuse* des anciens, qui le constitue dans les membranes muqueuses.

M. *de Blainville* a eu tort, je crois, en voulant trouver les analogues du *pigmentum* et du corps papillaire dans toutes les membranes muqueuses, et de chercher à retrouver les membranes musculaires de celles-ci dans les muscles sous-cutanés. D'ailleurs ces dispositions paraissent tout à fait accidentelles, et leur être plutôt surajoutées dans le but de faciliter leurs fonctions, ou d'en créer de nouvelles, que d'entrer dans leur organisation comme parties intégrantes et essentielles. Protéger nos organes, absorber des substances nutritives, exhaler celles qui ne sont plus utiles, telles sont les trois fonctions importantes que la nature leur a départies par leur position et leur texture.

III.

§ XVI. Les alimens, quelques substances analogues, quelques produits organiques, peuvent être digérés ailleurs que dans l'estomac. Le gros intestin, un foyer accidentel, une plaie, etc., ramollissent ces substances, changent leur nature, les transforment en une matière pulpeuse d'un blanc grisâtre, et les absorbent.

IV.

§ XVII. Quelle que soit la direction que l'image visuelle occupe sur la rétine, la sensation peut être nette et exacte. Que l'on soit droit, courbé, couché, renversé comme les enfans lorsqu'ils font l'*ombre fourchue*, ou bien la tête placée entre les deux jambes pour regarder ainsi les objets placés derrière soi, toujours l'image est perçue dans sa situation naturelle; donc, il importe peu qu'elle soit renversée, ou qu'elle ne le soit pas sur le fond de la rétine; la seule condition nécessaire, c'est la position respective de l'objet avec ceux qui l'environnent, avec le sol, l'horizon, le ciel.

V.

§ XVIII. Si, après la mort, vous faites des frictions continuées pen-

dant un certain temps sur la peau d'un cadavre, celle-ci ne tardera pas à se dessécher, à devenir transparente et semblable au *parchemin*. Je crois que dans les cas de mort douteuse, l'emploi de ce moyen pourrait être très-utile.

VI.

§ XIX. Des fibres musculaires entrent dans la composition des bronches; leur existence est surtout bien sensible jusqu'à leur troisième division. Elles peuvent être constatées facilement chez des sujets robustes qui succombent à une maladie de courte durée. Elles sont quelquefois transformées en tissu jaune élastique.

VII.

§ XX. La dyspnée qu'on remarque dans l'asthme, les quintes de toux spasmodique qu'on observe dans la coqueluche, me paraissent tenir à la contraction de ces fibres musculaires; je les ai trouvées extrêmement développées chez des sujets qui avaient été asthmatiques.

Je crois que la coqueluche peut être contagieuse par imitation.

VIII.

§ XXI. Lorsque l'inflammation des artères est accompagnée de suppuration, la gangrène *sèche* des parties où elles se rendent peut en être le résultat. L'inflammation des veines avec la même complication peut produire : 1°. la gangrène *humide* des parties d'où elles viennent; 2°. des abcès multipliés dans les viscères.

IX.

§ XXII. Les principaux accidens qui accompagnent l'emploi des aiguilles à suture sont : de déterminer une tension douloureuse des bords de la plaie, de produire une inflammation ulcérative dans les

points qu'elles traversent, et de gêner beaucoup le malade par leur inflexibilité. Je crois qu'on pourrait obvier à ces inconvéniens en faisant ces aiguilles plus minces, plus flexibles, et en aidant à leur action par de longues bandelettes agglutinatives.

X.

§ XXIII. Lorsqu'un squirrhe s'est développé dans une portion des intestins, qu'il est limité, qu'il s'oppose au cours des matières fécales, et que d'ailleurs il est bien caractérisé, je crois qu'on peut en tenter l'extirpation par les motifs suivans : 1°. le malade est voué à une mort certaine; 2°. des opérations et des accidens ont démontré que l'abdomen pouvait être ouvert dans une grande étendue, que des portions intestinales assez considérables pouvaient être retranchées, sans déterminer des accidens mortels; 3°. enfin, l'art possède des moyens propres à rétablir la continuité du tube digestif qui pourraient être mis en usage dans ce cas.

XI.

§ XXIV. Pour obtenir la réunion des intestins dans le cas où ils ont été coupés transversalement, on pourrait, je pense, remplacer avec avantage les procédés connus par le suivant. Employer deux viroles d'argent, longues de quatre à cinq lignes, et d'une largeur convenable; l'une des deux aurait un diamètre d'environ deux lignes de plus que l'autre. La plus large serait d'abord introduite dans le bout inférieur de l'intestin, préliminairement isolé du mésentère, dans une longueur convenable; son extrémité libre dépasserait de quatre à cinq lignes la virole, et serait rabattue sur la face interne de celle-ci. Le bout supérieur, détaché aussi du mésentère, recevrait la petite virole, qui ne devrait y être enfoncée que jusqu'à ses bords; réunis ainsi, la virole et le bout supérieur de l'intestin seraient introduits dans la virole et le bout inférieur : ainsi, les deux membranes séreuses se trouveraient en contact dans une étendue de quatre ou cinq

lignes ; exactement adossés et fortement comprimés, on obtiendrait pour résultat l'adhésion des bords de l'intestin non comprimés, la gangrène des parties comprises entre les viroles, et leur issue par l'anus. On n'aurait pas à craindre, dans l'emploi de ce procédé, les dangers qui peuvent résulter de la présence d'un bourrelet intérieur, ni de l'exposition prolongée de l'intestin au contact de l'air, car il pourrait être immédiatement replacé dans l'abdomen, et les parois de celui-ci être réunies. Il serait peut-être avantageux de donner à la virole supérieure une forme conique, et de les embrasser toutes deux aux diamètres opposés, dans deux anses de fil passées à travers l'intestin, et qui ne comprendraient qu'elles.

FIN.

APHORISMI.

I.

In morbis magis, minùs periclitantur quorum naturæ, et ætati, et habitui, et tempori magis fuerit morbus, quàm in quibus horum nulli fuerit similis. (Hipp., § 13, 34.)

II.

Vehementi malo nisi æquè vehemens auxilium succurrere potest. (Cels., lib. 2, cap. 2.)

III.

L'on a exagéré sans doute la médecine humorale; mais elle a des fondemens réels; et, dans une foule de cas, on ne peut disconvenir que tout doit se rapporter aux vices des humeurs. (Bichat, Intr. de l'Anat. génér.)

IV.

De bonnes observations ne doivent pas être mêlées de raisonnemens. Il faut écrire les phénomènes qui se présentent dans la nature tels qu'on les voit, et non tels qu'on les juge. (Zimm., Traité de l'expér., t. 1, p. 217.)

V.

C'est agir quelquefois en médecin très-habile que de ne prescrire aucun médicament. (Tissot, *Hist. febr. epid. Laus.*)

VI.

Quand le pouls et le cœur sont également faibles, il faut se garder d'ouvrir la veine, quels que soient le *nom* et le siége de la maladie : on détruirait infailliblement le peu de ressources qui peuvent rester encore à la nature. (Laenn., Traité de l'auscultation, etc., tom. 2, pag. 480.)

CONSIDÉRATIONS

N° 188.

SUR LA CICATRISATION

ET SUR LES MOYENS DE L'OBTENIR;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 17 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J. BLANDIN, de Mauves;

Département de la Loire-Inférieure;

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président*. / ROUX, *Examinateur*.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL, *Suppléant*. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur*.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur*.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur*.	Lisfranc, *Examinateur*.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois, *Suppléant*.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR.

J. BLANDIN.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA CICATRISATION,

ET SUR LES MOYENS DE L'OBTENIR;

La cicatrisation est le travail par lequel la nature réunit les parties divisées.

Les anciens ne paraissent pas avoir connu le mécanisme de la réunion de nos tissus. Pour acquérir cette connaissance, il faut, en effet, avoir des idées positives sur le système cellulaire, puisque c'est au rôle important qu'il joue qu'est dû le rétablissement de la continuité de nos organes. Or, les écrits d'*Hippocrate*, de *Galien*, et de plusieurs autres auteurs anciens, n'indiquent nulle part qu'ils aient porté leur attention sur ce tissu élémentaire. Les modernes, non meilleurs observateurs que les anciens, mais plus adonnés à l'étude de l'anatomie, ont découvert le tissu cellulaire. Vivement poussés par la noble curiosité de découvrir le but que s'était proposé la nature en répandant si abondamment ce tissu dans l'économie, ils ont vu avec admiration qu'elle l'employait non-seulement pour faciliter les mouvemens des organes et les unir ou les séparer, mais encore pour rétablir leur continuité, lorsqu'elle est accidentellement interrompue. C'est là, en effet, une des propriétés les plus remarquables du système cellulaire. Si l'on élevait quelques doutes sur son existence, les observations suivantes ne manqueraient pas de la démontrer d'une ma-

nière incontestable. 1°. Partout où le système cellulaire est très-abondant, la réunion des parties s'opère plus promptement et plus facilement qu'ailleurs ; 2°. la peau se recolle d'autant plus aisément aux organes subjacens, qu'elle est moins dénudée de tissu cellulaire ; 3°. la macération ramène toujours à cette base première les cicatrices consécutives à la réunion médiate ou immédiate ; 4°. dans les plaies accompagnées de suppuration, les bourgeons charnus ont partout la même nature, quel que soit l'organe où ils paraissent ; 5°. dans les plaies dont la réunion se fait immédiatement, l'organisation cellulaire ne se montre pas dès le début dans les cicatrices, mais, après un temps assez court, elle devient très-évidente.

Le travail de la cicatrisation, quoique essentiellement fondé sur la présence de l'agent unique qui vient d'être indiqué, ne présente cependant pas toujours les mêmes phénomènes. Ils varient suivant que les parties sont réunies immédiatement et exemptes de suppuration, ou qu'elles sont dans des conditions opposées. Ce sont ces phénomènes que nous allons maintenant examiner.

Phénomènes de la cicatrisation dans les lésions de continuité réunies immédiatement et exemptes de suppuration. Lorsque les tissus ont éprouvé une lésion de continuité, il s'y manifeste bientôt de l'inflammation ; les bords de la division, plus ou moins douloureux, se tuméfient et rougissent ; la surface des parties lésées exsude une matière lymphatique, que *J. Hunter* a nommée *lymphe coagulable*, et que M. *Bracket* regarde comme *albumino-gélatineuse*. Après la réunion immédiate des lèvres de la plaie, cette substance s'étend en nappe sur elles et se coagule. Bientôt l'inflammation faisant des progrès, la partie blessée devient un centre dans lequel la vie est considérablement augmentée : la sensibilité est plus vive, la chaleur, la rougeur et la tuméfaction sont accrues ; le système circulatoire de la plaie présente des pulsations indépendantes de celles du cœur. C'est sous l'influence de cet accroissement d'énergie vitale que la matière plastique, d'abord séreuse et transparente, puis plus épaisse et plus tenace, devient le

siége d'une organisation très-importante. Sous la forme d'une membrane molle dans les trois ou quatre premiers jours, elle réunit faiblement les bords de la division, comme on peut s'en convaincre en les écartant; on ne détermine alors aucun écoulement de sang, car ce liquide n'existe pas encore dans la substance réparatrice. Ce n'est que quelques jours plus tard qu'on aperçoit au milieu de cette substance de petits points rougeâtres, irrégulièrement répandus, qui ne tardent pas à devenir très-nombreux et à se montrer dans des vaisseaux très-ténus. Ces vaisseaux, faciles à déchirer, s'abouchent avec les vaisseaux voisins, et reçoivent le sang qu'ils contiennent : chose qui jusqu'alors n'était pas arrivée, puisqu'ils avaient le leur propre. Ce liquide se montrant plus abondamment dans la lymphe coagulée, l'organisation de celle-ci fait de grands progrès; elle diminue d'épaisseur et d'opacité, et ne tarde pas à acquérir l'aspect et la consistance du tissu cellulaire. Mais la nature ne borne pas là son travail réparateur; le tissu nouveau acquiert plus de force, ses mailles se resserrent, se rapprochent, et ne forment bientôt plus qu'une lame fibreuse si solide, que des tractions exercées en sens opposés produiraient plutôt une rupture dans tout autre point que dans celui qu'elle occupe.

Certains auteurs prétendent que ce n'est pas là le mécanisme de la cicatrisation des plaies simples, que la matière plastique ne peut pas réunir les surfaces divisées, parce qu'elle formerait entre celles-ci une couche inorganique, et que la circulation ne se ferait pas d'une lèvre de la plaie à l'autre. Les auteurs qui font cette objection ne se sont probablement pas donné la peine d'examiner les phénomènes qui se passent dans cette couche, qu'ils appellent *inorganique;* car s'ils avaient disséqué avec soin des cicatrices à diverses époques de leur formation, ils auraient clairement reconnu que leur substance n'est point inorganique, qu'au contraire l'organisation y fait sans cesse des progrès jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à son comble. Qui ne connaît l'ingénieuse expérience par laquelle *Bichat* a renversé l'idée, si long-temps fixée dans le cerveau des chirurgiens, que les cicatrices linéaires et profondes étaient inorganisées et formaient comme une barrière insurmon-

table au cours du sang? Si l'opinion de ces chirurgiens avait été fondée, l'espèce de losange charnu, compris dans les incisions de notre habile expérimentateur, eût dû être frappé de mort, puisque la cicatrice n'étant pas organisée n'aurait pas laissé passer le sang. Mais il n'en fut rien; les tissus qui semblaient séparés du reste de l'économie conservèrent la même chaleur et la même sensibilité; preuve évidente que la cicatrice avait été pénétrée de vaisseaux sanguins et s'était organisée. Mais comment les fauteurs de l'opinion que je combats ont-ils pu avancer que la matière albumino-gélatineuse reste inorganique, en voyant que, dans les réunions immédiates, il ne se fait pas le plus souvent de suppuration? Si cette substance réparatrice était inorganique, elle formerait évidemment un corps étranger entre les lèvres de la plaie; la suppuration devrait être constante, à moins que le produit d'exhalation ne fût résorbé; or, il ne l'est point. Donc, loin d'obtenir la réunion immédiate, on ne la verrait arriver qu'après l'expulsion de la matière prétendue inorganique. A quelles conséquences absurdes n'est-on pas conduit, lorsqu'on ne prend pas l'observation pour guide! Ne sait-on pas que si cette substance plastique est enlevée de la surface des plaies, on ne parvient point à obtenir leur agglutination immédiate?

Phénomènes de la cicatrisation dans les lésions de continuité qui suppurent. Lorsqu'une lésion de continuité simple n'a pas été réunie, lorsqu'elle l'a été inutilement ou qu'elle est accompagnée d'une perte de substance considérable, la suppuration doit se manifester. On observe alors les phénomènes suivans : l'écoulement du sang ne tarde pas à s'arrêter, par suite du resserrement, de la rétraction des vaisseaux et de la formation de caillots à leurs extrémités divisées; la douleur s'apaise, parce que les filets nerveux sont soustraits au contact de l'air par les liquides exhalés et les pièces d'appareil, et parce qu'ils s'habituent à leur impression. L'exsudation albumino-gélatineuse augmente à la surface de la lésion de continuité; l'inflammation, résultat de la division des tissus, du contact de l'air et des pièces d'appareil, se dé-

clare vers le deuxième jour. La douleur, qui avait diminué ou même entièrement cessé, se fait sentir avec une nouvelle intensité; la rougeur et la chaleur deviennent très-marquées; les fluides arrivent en grande quantité et le gonflement devient considérable; les bords de la plaie acquièrent parfois une tension très-grande; ce qui donne à celle-ci beaucoup plus d'étendue qu'au moment de sa production. L'exhalation séro-sanguinolente cesse vers le troisième jour, époque à laquelle se manifeste cet ensemble de phénomènes qui constituent la *fièvre traumatique*. Cette réaction inflammatoire s'apaise ordinairement après deux ou trois jours, avec l'irritation de la plaie dont elle dépend; elle est d'autant plus vive que la lésion de continuité est plus large, plus long-temps exposée au contact de l'air, qu'elle est pansée moins mollement et avec des médicamens plus énergiques. Bientôt l'inflammation locale diminue, la surface de la plaie prend un aspect blafard, grisâtre, quelquefois livide; elle exhale un liquide séro-sanguinolent, sanieux, d'une odeur désagréable, et dont la quantité devient en quelques jours assez grande pour séparer de la partie malade les pièces d'appareil qui la recouvrent. L'irritation est encore trop violente pour qu'il se forme du pus de bonne nature; elle s'affaiblit progressivement, et les qualités du pus s'améliorent; la plaie se déterge, présente une surface moins inégale, et se couvre de bourgeons charnus d'un rouge vermeil. Ces bourgeons charnus, appelés encore *caroncules*, *granulations*, se présentent sous la forme de petits tubercules coniques, inégaux, irrégulièrement répandus sur toute la plaie. Ils ne sont point charnus, comme leur nom l'indique; ce sont tout simplement de petites vésicules cellulo-vasculaires, tuméfiées par les fluides accumulés dans leur intérieur. Il existe un rapport constant entre l'état de ces bourgeons et les qualités de la matière purulente : on ne doit pas s'en étonner, puisque ce sont eux qui la sécrètent. Lorsqu'ils sont fermes, d'un beau rouge, doués d'un volume et d'un degré d'inflammation convenables, le pus est insipide, inodore, d'un blanc légèrement jaunâtre, d'une consistance analogue à celle de la crème; il est de bonne nature; la suppuration dégorge assez promptement la plaie et

la dispose à la cicatrisation. Le travail qui préside à celle-ci n'est pas le même dans le cas où l'on peut obtenir la réunion immédiate, et dans celui où cette réunion est impossible. Dans le premier cas, les phénomènes qui se passent sont semblables à ceux qui ont été décrits dans le paragraphe précédent. Dans le second, la suppuration, entretenue par les pièces d'appareil, est plus abondante et dure plus longtemps. Les bords de la lésion de continuité se dégorgent, s'affaissent et se mettent presque au niveau de la surface suppurante. C'est alors que cette surface, qui paraissait naguère beaucoup plus large qu'elle ne l'était réellement, parce que ses bords avaient été considérablement écartés par le gonflement, diminue d'étendue avec une rapidité qui souvent étonne le chirurgien. Cette diminution est due à la contractilité dont jouissent les bourgeons cellulaires. En effet, la suppuration épuisant peu à peu la matière dont ces granulations sont gorgées, leurs cellules diminuent progressivement d'étendue, s'affaissent, se réunissent, adhèrent entre elles, et ne présentent plus qu'une surface plane. Cette surface plane est formée par la membrane des bourgeons cellulo-vasculaires ; elle est moins large que la plaie au moment de sa production, parce que les bourgeons charnus en se resserrant ont exercé sur les tégumens environnans une traction à laquelle ils n'ont pu résister, et les ont amenés vers le centre de la lésion de continuité. Il est un moyen bien simple de s'assurer que c'est à l'action contractile des bourgeons charnus qu'est due la dimiuution de la surface suppurante. Après avoir fait une plaie avec perte de substance sur un animal vivant, après le développement et l'affaissement des granulations cellulaires, qu'on détache la membrane qui les recouvre dans tous ses points de continuité avec la peau : on voit alors que les tégumens cessent d'être attirés vers le centre, que par conséquent l'étendue de la plaie ne diminue point, et que la guérison ne peut être obtenue. La diminution de la largeur d'une lésion de continuité est très-rapide dans les premiers temps de la suppuration, parce qu'alors ses bords se dégorgent et s'affaissent considérablement, parce qu'aussi les tégumens cèdent plus facilement aux tractions des bourgeons charnus. Mais lors-

que la suppuration est presque tarie, lorsque la tuméfaction est à peine sensible, et que la peau résiste davantage à la contractilité qui a été indiquée, l'étendue de la lésion de continuité ne diminue plus que par degrés insensibles; cette diminution cesse complètement lorsque les tégumens ont été attirés autant que leur a permis leur extensibilité, et que la résistance qu'ils opposent est égale à la force qui les attire. C'est alors que la nature, ne voulant pas s'épuiser en efforts inutiles, procède à la production d'une substance nouvelle qui achève la cicatrisation. Une couche épidermique commence à se former à la circonférence de la lésion de continuité, endroit où elle se continue manifestement avec l'épiderme voisin. Chaque jour voit apparaître une nouvelle couche concentrique à celle qui s'est formée la veille, et ce travail réparateur dure jusqu'à ce que la surface suppurante soit entièrement recouverte par la substance épidermique. Lorsque la lésion de continuité est large, cette substance se montre non-seulement à sa circonférence, mais encore dans divers points de son étendue, par petites plaques qui s'agrandissent et marchent à la rencontre les unes des autres. A mesure que l'épiderme apparaît sur une partie, le pus cesse d'y être sécrété. Pour que la cicatrisation s'opère, il faut que les tégumens soient sains et adhérens aux tissus qu'ils recouvrent; s'ils sont décollés, amincis, malades, le travail réparateur reste stationnaire; il ne fait de progrès qu'après leur recollement et leur retour à l'état sain. La sensibilité de la membrane des bourgeons charnus est peu marquée; les douleurs que ressentent les malades lors des pansemens siégent certainement au-dessous d'elle. Si on la dissèque, en effet, on ne voit pas les filets nerveux se distribuer jusqu'à elle, tandis qu'ils sont nombreux dans le tissus qu'elle recouvre. Ce tissu est spongieux, rougeâtre, largement pourvu de vaisseaux sanguins, cédant facilement aux moindres tractions, et adhérent aux organes plus profondément situés, qui partagent plus ou moins son état inflammatoire. L'absorption y est très-active : aussi se sert-on de cette voie pour l'administration des substances médicamenteuses.

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer le mécanisme de

la cicatrisation dans les lésions de continuité qui suppurent. Les anciens pensaient que les vaisseaux, après s'être dégorgés des fluides qu'ils contenaient, s'oblitéraient et formaient un tégument nouveau en se confondant et en s'agglutinant. Cette opinion est aujourd'hui abandonnée. La doctrine qui a succédé à celle-ci, et qui a été admise presque sans restriction par tous les praticiens, est celle de la régénération des chairs. C'est au célèbre *Fabre* qu'appartient l'honneur de l'avoir renversée. Rien, en effet, ne se régénère chez l'homme, si l'on en excepte l'épiderme et les parties épidermoïdes. Cette faculté reproductrice, prérogative presque exclusive du règne végétal et des animaux à sang froid, lui est entièrement refusée, ainsi qu'aux animaux dont l'organisation se rapproche le plus de la sienne. La doctrine de la reproduction ne s'est maintenue si long-temps que parce que ses partisans s'en rapportaient trop *verbo magistri*, et qu'ils n'examinaient pas assez les phénomènes de la cicatrisation. *Louis* l'avoue avec une franchise qui lui fait honneur. « Long-temps, dit-il, j'ai cru à la régénération des parties, et je n'ai été désabusé que quand je suis venu à m'occuper sérieusement de ce sujet. » On est étonné que cette erreur ait régné si long-temps. Comment, en effet, l'attention des auteurs si adonnés à l'étude des anciens, n'a-t-elle pas été éveillée par ce passage du père de la médecine : *Quodcumque os, sive cartilago, sive nervus præcisus fuerit in corpore, neque augetur neque coalescit.* Dans cet aphorisme, *Hippocrate* énonce clairement qu'il ne croit pas à la régénération, sinon de tous les tissus, du moins de plusieurs d'entre eux; et l'autorité d'un aussi grand observateur aurait dû, ce me semble, porter le doute dans l'esprit des praticiens et les empêcher d'adopter, sans un examen approfondi, la doctrine de la régénération des chairs. Ce qui a surtout induit les hommes de l'art en erreur, c'est l'apparition des bourgeons cellulo-vasculaires à la surface des plaies ou des ulcères : on les a pris pour des végétations, pour une substance nouvelle, pour le produit d'une régénération. Mais ces bourgeons ne sont évidemment que le tissu cellulo-vasculaire préexistant dans la partie, et considérablement tuméfié par l'inflammation qui s'y

développe. Loin d'être utile à la cicatrisation, comme on le pensait, les granulations trop volumineuses lui sont, au contraire, nuisibles, et l'on est obligé de les réprimer si l'on veut l'obtenir. Voici maintenant quelques-unes des observations sur lesquelles *Fabre* s'est appuyé pour renverser la doctrine qui nous occupe : 1°. les muscles, les tendons, les vaisseaux, etc., ne se réparent point lorsqu'ils ont éprouvé une perte de substance; jamais on ne trouve ces parties dans le corps des cicatrices; 2°. si la plaie se remplissait de nouvelles chairs, si le fond s'élevait à la hauteur des bords, la cicatrice devrait être aussi large que la plaie. Or, la pratique donne un démenti formel à cette assertion, puisque chaque jour on voit d'étroites cicatrices à la suite de lésions de continuité qui avaient une grande étendue; 3°. en outre, si les chairs s'élevaient au niveau des bords, les cicatrices devraient être sur la même ligne que la peau, et cependant elles sont constamment plus déprimées; 4°. les chirurgiens qui ont cru que des parties s'étaient reproduites après des opérations, ont été trompés par les aparences : les tissus qu'ils croyaient avoir enlevés étaient restés intacts et inaperçus au milieu d'une tuméfaction considérable. *Fabre*, en combattant la théorie qui vient d'être exposée, expliquait le mécanisme de la cicatrisation par le dessèchement de la surface des lésions de continuité; mais il est aujourd'hui démontré que ce dessèchement n'est nullement nécessaire, puisque les parties se cicatrisent, quoique recouvertes de topiques plus ou moins liquides. *Bichat*, dont j'ai en partie suivi les idées, admet que les bourgeons charnus ont une structure vésiculeuse, et que, les cellules étant vidées par la suppuration, leurs parois se rapprochent, adhèrent entre elles, s'affaissent et forment la cicatrice. Cette explication me paraît la plus admissible, puisque c'est elle qui rend le mieux compte des phénomènes : cependant il est des auteurs qui ne la trouvent pas satisfaisante, parce que, suivant eux, les bourgeons cellulo-vasculaires n'ont pas la structure vésiculeuse. En attendant que les anatomistes, aujourd'hui divisés sur cette question, aient définitivement prononcé, je pense qu'il n'y a pas un grand inconvénient à regarder les bourgeons charnus comme

vésiculeux, puisque les phénomènes se passent absolument comme si la structure vésiculeuse existait.

Tels sont les phénomènes que présente la nature pour rétablir la continuité des parties. On voit que tous ses efforts tendent à la formation des cicatrices, dont je vais maintenant dire quelques mots. Rouges, minces, presque diaphanes dans leur origine, elles deviennent, avec le temps, blanchâtres, légèrement épaisses, résistantes et presque opaques. Enfoncées à une profondeur variable, selon la perte de substance éprouvée par la partie, la maigreur ou l'embonpoint, elles ne sont jamais aussi étendues que les lésions de continuité auxquelles elles succèdent. Leur extensibilité est très-faible ; aussi leur rupture s'opère-t-elle facilement, surtout lorsqu'elles ont beaucoup de largeur. Le tissu des cicatrices a beaucoup de ressemblance avec celui de la peau. La présence de l'épiderme est démontrée par le vésicatoire pendant la vie, et par la macération après la mort. Il ne présente pas de petites écailles imbriquées, comme on en observe sur les parties qui n'ont point été lésées. L'existence du corps muqueux de *Malpighi* a été niée par *Camper;* mais, selon *Béclard,* elle est attestée chez les nègres, par la coloration dont les cicatrices deviennent le siége. Cette coloration existe presque constamment ; seulement il faut un temps assez long pour qu'elle se développe, et la teinte qu'elle présente est presque toujours plus pâle que celle de la peau. Le tissu situé au-dessous du corps muqueux offre une analogie frappante avec le chorion ; il est blanchâtre, résistant, fibro-celluleux ; ses fibres sont entrecroisées dans toutes sortes de directions, et tellement serrées, qu'on peut à peine les distinguer. La face profonde des cicatrices n'offre pas la texture aréolaire et les espaces coniques qu'on observe dans le derme : aussi ne s'y montre-t-il jamais d'accumulation de graisse, de furoncle ni d'anthrax. On n'a pas encore suivi de filets nerveux dans le tissu cutané nouveau. Les cicatrices des plaies et des ulcères simples ne contiennent que très-peu de vaisseaux sanguins ; elles sont pâles, et restent dans cet état lors même que les parties qui les entourent sont le siége de la coloration la plus marquée. Les cicatrices qui succèdent aux ul-

cères scrophuleux et scorbutiques ont, au contraire, une teinte plus ou moins foncée, parce qu'elles sont sans cesse pénétrées par beaucoup de sang. L'absorption et la perspiration y sont très-peu actives. L'étude des cicatrices est très-importante non-seulement sous le rapport de l'anatomie pathologique, mais encore sous celui de la médecine légale. On peut, en effet, être consulté sur la nature des affections auxquelles elles succèdent. Les cicatrices des plaies simples, celles qui résultent de l'ouverture des abcès et de diverses opérations, sont ordinairement linéaires, solides, fibro-celluleuses. Celles qu'on observe à la suite des plaies étendues avec perte de substance sont enfoncées, quelquefois adhérentes aux os, et facilement déchirables. Le tissu nouveau qui succède aux plaies d'armes à feu est arrondi, lisse et plus ou moins déprimé. Les cicatrices des brûlures restent long-temps rouges; elles sont irrégulières, et présentent, dans diverses directions, des brides blanchâtres plus ou moins multipliées. A la suite des ulcères scrophuleux, le tissu cutané nouveau offre une rougeur particulière qui ne disparaît qu'avec la vie. Les cicatrices des ganglions lymphatiques suppurés sont ordinairement plissées et garnies de stries radiées, qui leur donnent parfois l'apparence étoilée.

Moyens d'obtenir la cicatrisation dans les lésions de continuité, qu'on peut réunir immédiatement. Lorsqu'une lésion de continuité est simple, et que la réunion immédiate est possible, il faut toujours la tenter. On doit encore le faire, lors même qu'on ne peut obtenir le rapprochement des lèvres dans toute leur étendue, parce qu'il en résulte toujours des agglutinations partielles, et par conséquent une diminution des surfaces suppurantes. Pour atteindre ce but, quatre moyens se présentent : la position, les bandelettes agglutinatives, la suture et le bandage unissant.

1°. La position la meilleure à donner aux parties divisées est celle dans laquelle elles tendent naturellement à se rapprocher. Ainsi, dans les plaies transversales des muscles, on doit placer la partie lésée de manière à rapprocher leurs extrémités séparées et à faire cesser la tension de la peau; 2°. les bandelettes agglutinatives ne peuvent être em-

ployées que quand la peau et le tissu cellulaire seuls ont été divisés, et qu'on n'a pas à contrebalancer de trop fortes contractions musculaires ; 3°. la suture, si fréquemment mise en usage par les anciens, ne l'est plus de nos jours que dans quelques cas spéciaux : on n'y a guère recours que dans les cas où les parties, trop mobiles, privées de point d'appui, se soustraient à l'action des bandelettes agglutinatives et du bandage unissant : plaies des joues, des lèvres, etc. ; dans le cas où l'emploi de ce moyen est impossible : divisions du voile du palais, etc. ; dans celui où les organes lésés sont le siége de mouvemens qu'on ne peut empêcher : parois abdominales, intestins, etc. ; enfin dans certains cas de plaies à lambeaux, lorsque ceux-ci sont entraînés par leur propre poids ; 4°. le bandage unissant doit être appliqué, lorsque les muscles ont été divisés en même temps que la peau et le tissu cellulaire. On lui associe souvent les compresses graduées ; il agit en poussant l'une vers l'autre les surfaces opposées des plaies, et en comprimant assez fortement les muscles pour les engourdir, et s'opposer à leurs contractions. La manière d'employer ce moyen, ainsi que les précédens, est tellement connue de tous les praticiens, que je crois inutile de la rappeler.

Il ne suffit pas, pour que la cicatrisation s'opère, qu'on se serve méthodiquement des moyens qui viennent d'être indiqués, il faut encore qu'aucun corps étranger ne soit interposé entre les lèvres de la solution de continuité ; s'il en existe quelques-uns, on les enlèvera avec le plus grand soin. En procédant à la réunion, on s'attachera à mettre en contact les parties semblables : les extrémités des nerfs doivent surtout être placées sur la même ligne, car si l'une était beaucoup au-dessus ou au-dessous de l'autre, la sensibilité pourrait être perdue dans les parties où ces nerfs se distribuent, à moins qu'elle ne fût rétablie par les anastomoses. Les onguens, les substances huileuses et balsamiques seront proscrits, car ils ne peuvent qu'entraver la marche de la nature. Pour peu que la lésion de continuité soit considérable, et que l'on craigne une réaction inflammatoire trop violente, on met le blessé à la diète absolue, à l'usage de boissons délayantes ; une ou plu-

sieurs saignées seront pratiquées, s'il est vigoureux et que son pouls soit fort et accéléré. Aucun mouvement ne doit être exécuté par la partie malade. Si les bords de la lésion de continuité deviennent rouges, tendus et très-douloureux; si le blessé a de l'agitation, de l'insomnie, de la fièvre, il faut s'empresser d'arrêter les progrès de l'inflammation. On lève l'appareil avec précaution, afin de ne pas séparer les parties déjà agglutinées; on applique autour de la plaie un assez grand nombre de sangsues, et, si elles ne suffisent pas, on a recours à l'ouverture de la veine, aux cataplasmes, etc. L'inflammation tombée, on réapplique l'appareil, avec la précaution de le peu serrer dans les premiers temps. Il est inutile de dire que si, dans le cours du traitement d'une lésion de continuité, il survient quelque affection des organes intérieurs, on doit la combattre par les moyens appropriés et comme si elle existait seule.

Moyens d'obtenir la cicatrisation dans les lésions de continuité qui suppurent. Toutes les fois que des surfaces qui doivent suppurer peuvent être diminuées par l'emploi des bandelettes agglutinatives, on doit y avoir recours. Les pansemens doivent être faits le plus promptement et le plus mollement possible. Des plumasseaux enduits de cérat, recouverts de quelques compresses et maintenus à l'aide de quelques tours de bandes, suffisent dans les premiers temps. Lorsque la suppuration est bien établie, et que le pus est de bonne nature, on doit s'abstenir de ces lavages, de ces abstersions qui ne font qu'augmenter l'irritation de la partie en la soumettant plus immédiatement au contact de l'air et des pièces d'appareil. La fréquence des pansemens est proportionnée à l'abondance et à la viciation de la matière purulente. Si les bords de la lésion de continuité s'affaissent, s'amincissent, se rapprochent, il convient de les recouvrir de bandelettes fines enduites de cérat, afin de protéger la cicatrice naissante et de favoriser son développement. Le blessé, soumis d'abord à une diète sévère, à l'usage des boissons rafraîchissantes et à des évacuations sanguines proportionnées à ses forces et à la gravité de la blessure, sera tenu ensuite à

un régime régulier, salubre, qu'on augmentera selon les progrès de la maladie vers la guérison. L'air de son appartement sera sec, pur, d'une température de quinze degrés, et renouvelé toutes les fois qu'il n'en résultera aucun inconvénient. La plus grande propreté régnera autour de lui. On doit bien se garder d'entasser un grand nombre de blessés dans des salles étroites : des maladies qui ne sont que trop souvent mortelles ne manqueraient pas de sévir sur eux et d'enlever tout espoir au praticien. Si la position de la lésion de continuité le permet, le malade prendra quelque léger exercice pour activer l'exécution de ses fonctions, et maintenir par là son état général.

La cicatrisation peut être retardée par une foule d'accidens. Je ne parlerai que des plus communs, les autres exigeant de trop longs détails pour être exposés dans une dissertation inaugurale. Ces accidens sont : 1°. le trop grand développement des bourgeons charnus; 2°. l'inflammation locale trop intense; 3°. l'inflammation locale trop faible; 4°. le décollement des tégumens; 5°. enfin des phlegmasies intérieures sympathiques.

1°. Le trop grand développement des bourgeons charnus dépend, le plus ordinairement, de l'abondance trop grande du régime. On commence donc par retrancher quelque chose de l'alimentation, puis on saupoudre la surface malade avec de l'alun calciné, ou bien on promène sur elle le nitrate d'argent fondu. Si la cicatrice commence à se former, il ne faut pas cautériser sur les bords de la lésion de continuité, de peur de la détruire. Tout en réprimant les végétations par l'emploi des caustiques, on combat la cause qui leur a donné naissance; car si elle persiste, de nouvelles végétations peuvent se former, et même devenir plus grandes que les premières dans l'espace de quelques heures. 2°. L'inflammation trop vive d'une plaie ou d'un ulcère se reconnaît à la rougeur et à la fermeté des bourgeons charnus, qui sont gros, saillans, douloureux et saignent au moindre contact. Tant que cet état dure, la lésion de continuité, loin de diminuer, tend sans cesse à s'agrandir et à devenir le siége de cette ulcération rongeante qui envahit souvent au loin les tissus. On combat cette inflammation

par des saignées générales d'autant plus abondantes, que le sujet est plus sanguin, plus irritable et plus disposé aux fluxions inflammatoires. Il faut cependant bien se garder de faire ces saignées trop copieuses, car on se priverait de la ressource des évacuations sanguines locales, qui sont fréquemment plus avantageuses que les précédentes : on fait ces dernières de telle sorte que l'écoulement de sang soit modéré, mais continué pendant long-temps. En suivant ce précepte, on est bien plus sûr d'arrêter l'inflammation qu'en pratiquant une saignée capillaire abondante, mais de courte durée. On joint à ces moyens la diète, les délayans, les cataplasmes, etc. Quand les lésions de continuité passent à l'état chronique, leurs bords deviennent souvent durs, calleux, insensibles et impropres à servir de point de départ à la cicatrice. Les topiques émolliens et les évacuations sanguines locales peu abondantes, mais souvent répétées, conviennent encore : ces dernières sont, pour M. *Lisfranc*, le fondant par excellence. Si les tissus restent dans le même état, on les taillade profondément et dans plusieurs directions, à l'exemple de *A. Paré*, ou même on excise les plus indurés. La cautérisation avec le nitrate acide liquide de mercure est aussi applicable à ce cas. Les onguens irritans et l'exercice de la partie étant les causes les plus fréquentes du développement des callosités, le praticien sait ce qu'il doit faire pour les prévenir. 3°. L'irritation trop faible des lésions de continuité est annoncée par l'état des bourgeons charnus, qui sont pâles, blafards, à peu près insensibles et sans chaleur manifeste. On augmente leur vitalité en pansant avec des substances stimulantes, avec le coton, la laine, la décoction de quinquina, etc. ; c'est surtout chez les sujets lymphatiques, scrophuleux qu'on rencontre cette atonie des surfaces suppurantes; on doit principalement s'attacher, chez eux, au traitement interne, son efficacité étant infiniment plus grande que celle des moyens précédens, puisqu'il peut seul changer la constitution des sujets. 4°. Lorsque les tégumens sont décollés et sans altération dans leur texture, il suffit de les réappliquer aux tissus sous-jacens à l'aide d'un bandage permanent et modérément serré. S'ils sont le siége d'une irritation trop violente ou

trop faible, on se comporte comme nous l'avons précédemment indiqué. 5°. Sous l'influence de la réaction sympathique des lésions de continuité, il se manifeste souvent des phlegmasies dans les organes intérieurs. Leur intensité est proportionnée à celle de l'inflammation locale et à l'irritabilité du malade. Elles réagissent à leur tour fortement sur les affections qui nous occupent, et s'opposent à leur cicatrisation, tantôt en augmentant la sécrétion du pus, tantôt en desséchant les surfaces suppurantes, qu'elles rendent pâles, violacées ou grisâtres. Il n'est pas nécessaire, pour la manifestation de ces phénomènes, qu'il y ait une phlegmasie intérieure. Un écart de régime, une indigestion, des passions violentes, le coït, tout ce qui peut porter un ébranlement profond dans le système nerveux, peut leur donner naissance. On soustraira par conséquent le malade à l'action de toutes ces causes. Le régime sera sévèrement observé, et l'inflammation viscérale combattue d'une manière convenable.

Tels sont les moyens généralement recommandés par les auteurs pour obtenir la cicatrisation. Mais ce ne sont pas les seuls dignes de l'être; plusieurs autres jouissent déjà dans les hôpitaux de la capitale d'une réputation bien méritée. Je m'estimerais heureux si je pouvais concourir à les rendre d'un usage plus général. Ces moyens sont : 1°. le chlorure de soude ou de chaux; 2°. le proto-nitrate acide liquide de mercure; 3°. les incisions nombreuses sur les parois des vastes abcès; 4°. l'ouverture assez large de certains abcès par congestion, et l'application de sangsues autour d'eux immédiatement après cette ouverture.

1°. *Chlorure de soude ou de chaux.* On se sert plus habituellement du premier, parce qu'il s'altère moins vite que l'autre. On les emploie tous deux, 1°. contre les engelures ulcérées. Une foule d'observations attestent que sous leur influence la cicatrisation a été obtenue, dans l'espace de quatre jours, sur des ulcérations occupant presque toute la face dorsale des orteils. 2°. Contre les plaies qui suppurent. Lorsque les bourgeons charnus sont bien développés, et que la suppuration diminue, l'emploi des chlorures, pendant quelques jours, suffit

souvent pour produire la cicatrice. 3°. Contre les fistules cutanées. Une femme s'est présentée cette année dans le service de M. *Lisfranc*, portant vers l'aine gauche plusieurs fistules cutanées vénériennes. On l'a soumise à un traitement antisyphilitique et à des injections de chlorure de soude. Ces dernières, continuées pendant trois semaines, ont amené la cicatrisation de la plupart des fistules ; celles qui restaient étaient en voie de guérison, lorsque la malade a succombé à une gastro-entérite violente et à un érysipèle de la cuisse gauche. 4°. A la suite de l'amputation du col de l'utérus, lorsque les bourgeons cellulo-vasculaires sont suffisamment développés. La cicatrisation est alors extrêmement activée ; les injections doivent avoir une température de quinze degrés ; froides, elles pourraient déterminer une métrite ou une péritonite. 5°. Contre les brûlures au premier, deuxième et même troisième degré. Si l'inflammation résultant des brûlures est trop vive, on la combat par les moyens ordinaires ; et, lorsqu'elle est disparue, on applique sur l'endroit malade un linge fenêtré enduit de cérat, et par-dessus de la charpie imbibée de chlorure ; le tout est maintenu par des compresses et quelques tours de bande. Une femme, chez laquelle une brûlure au deuxième degré occupait toute la face dorsale du pied, a été guérie par ces moyens à la Pitié dans l'espace de quarante-huit heures. 6°. Contre les ulcères simples. Pour que les chlorures soient employés avec le plus de succès, il faut que les ulcères soient exempts d'inflammation, de callosités, et que leur surface soit recouverte de bourgeons charnus assez prononcés. M. *Lisfranc*, à qui l'on doit ces observations, a guéri avec les chlorures des ulcères qui avaient résisté à toutes les ressources de l'art pendant des années entières. Les cicatrices obtenues à l'aide de ces moyens sont plus mobiles et plus solides que celles qu'on obtient sans leur secours. En associant les antiphlogistiques aux chlorures, on peut obtenir des guérisons vraiment étonnantes. En voici une observation abrégée, recueillie à la clinique de l'habile chirurgien de la Pitié. Pierre Colot, âgé de quarante-huit ans, d'une constitution assez bonne, entre dans le service de M. *Lisfranc*, le 19 septembre 1828,

pour une carie du sternum accompagnée de plusieurs fistules. A son arrivée, les parties molles de la région sternale sont tuméfiées dans l'étendue de six à sept pouces, indurées, rouges et douloureuses; six trajets fistuleux les traversent et viennent s'ouvrir au-dehors par six orifices, dont un, plus large, occupe la partie supérieure et latérale de la région sternale droite; les autres sont situés plus bas et plus rapprochés de la ligne médiane; leur pourtour est gonflé et très-rouge; un pus sanieux et assez abondant s'en écoule; une sonde pénètre facilement jusqu'à l'os, que l'on sent ramolli et friable dans une assez grande étendue; enfin la région sternale est le siége d'une douleur sourde et profonde, qui s'exaspère irrégulièrement. (Cinquante sangsues; cataplasmes émolliens.) — Pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, on fait dix applications de sangsues, de vingt à trente-cinq chacune, et l'on continue les cataplasmes émolliens. Sous l'influence de ce traitement, les parties reviennent presque à leur état normal. Les orifices fistuleux se rétrécissent progressivement, et ne présentent plus qu'un léger suintement purulent.—Le 15 janvier 1829, ils sont tout à fait fermés, et la guérison paraît complète. Pour s'assurer de sa persistance, on fait rester le malade à l'hôpital. Au bout de trois semaines, les parties molles se tuméfient; de la rougeur sans douleur sensible se manifeste; deux cicatrices se rompent, et les deux orifices fistuleux les plus larges reparaissent. (Cinquante sangsues, topiques émolliens.)—Les orifices fistuleux persistant à peu près dans le même état, quoique la rougeur ait presque disparu, on a de nouveau recours aux sangsues. (Du 9 février au 20, six applications, de vingt-cinq à quarante chacune, sont faites.) Les phénomènes inflammatoires s'étant presque complètement dissipés, on procède chaque jour à des injections avec le chlorure de soude; on panse à sec; une seule fois les injections produisent une irritation assez vive pour exiger l'application de trente sangsues qui la font disparaître. Un seul orifice fistuleux persiste, c'est le plus large. On le cautérise avec le nitrate d'argent, et la cicatrisation est complète le 28 février. La teinte rougeâtre que présentaient les dernières cicatrices a beaucoup dimi-

nué pendant les quatre semaines que Colot est resté à l'hospice. Après avoir été présenté à l'Académie, il est sorti, promettant bien de revenir à la Pitié si les cicatrices se rompaient : il n'est pas revenu.

Les chlorures doivent être plus ou moins concentrés, selon les personnes chez lesquelles on les emploie. Si l'on traite un individu dont la sensibilité est obtuse, on peut débuter par des chlorures à 3° du *chloromètre* de M. *Gay-Lussac*. Si, au contraire, la sensibilité est très-vive, on ne doit les donner qu'à un, et même a un demi-degré : on les rend plus concentrés à mesure que les parties s'habituent à leur contact. En général, ils produisent de très-bons effets lorsqu'ils déterminent un léger sentiment de chaleur et de titillation. S'ils ne sont suivis d'aucune sensation analogue, ils sont trop faibles ; s'ils occasionnent une chaleur vive et des picotemens trés-prononcés, il faut cesser de s'en servir, ils sont trop énergiques.

2°. *Proto-nitrate acide liquide de mercure.* M. *Lisfranc* l'emploie avec avantage : 1°. contre les ulcérations peu étendues du col utérin accompagnées de végétations. Chez une femme affectée d'ulcérations nombreuses, de végétations et d'un engorgement considérables du col de la matrice, l'usage de ce nitrate fut suivi d'une amélioration notable. La cicatrisation ne put se montrer, parce que la dégénération carcinomateuse était trop avancée ; mais les végétations furent réprimées, le volume du col diminua beaucoup ; on put procéder à l'amputation, jugée jusque-là impraticable, et la malade fut délivrée des douleurs attroces qui la tourmentaient. 2°. Pour réprimer le développement trop actif des bourgeons charnus à la suite de l'ablation du col de l'utérus. La cicatrisation fait des progrès plus rapides après l'emploi de ce moyen qu'après celui du nitrate d'argent fondu. 3°. Contre les dartres rongeantes dont la marche n'a pu être arrêtée par les moyens ordinaires. Une femme entra l'année dernière à la Pitié, portant à la partie moyenne et externe du tiers inférieur de la cuisse droite une dartre rongeante qui avait au moins quatre pouces d'étendue de haut en bas, et trois pouces transversalement. Les moyens ordinaires avaient échoué,

et les tissus étaient de plus en plus envahis par la maladie. Le nitrate acide liquide de mercure fut mis en usage pendant quelques semaines, et l'ulcération cessa d'étendre ses ravages. La cicatrisation se montra sur les bords de la surface affectée; mais comme cette surface était assez grande, et qu'on ne voulait pas cautériser largement, de crainte de trop développer d'inflammation, la guérison arrivait lentement. La malade n'eut pas la patience d'attendre qu'elle fût complète; elle sortit, malgré toutes les représentations qu'on put lui faire. 4°. Contre les ulcérations et les végétations vénériennes anciennes. En voici une observation. Joseph Bouteillier, âgé de trente-deux ans, tailleur de pierres, d'une constitution robuste, entre à l'hôpital de la Pitié le 16 février 1829, portant des ulcérations et des végétations vénériennes au nez. Huit ans auparavant, il a été affecté d'une légère blennorrhagie, de deux chancres, et d'un bubon dont la résolution a été obtenue. Trois ans après la guérison de ces affections, il s'est manifesté un peu en avant et au-dessus de l'angle de la mâchoire du côté droit, une tumeur très-dure, d'abord roulante, puis adhérente à la peau, et dont le volume s'est lentement accru. Cette tumeur est devenue rouge, sans être le siége de chaleur ni de douleur sensibles, et au bout de quatre mois elle s'est abcédée. La cicatrisation n'a pu être obtenue qu'après plus de deux ans et demi. Dix-huit mois après la manifestation de cette tumeur à la joue, et lorsqu'elle était encore en suppuration, il s'en est montré une nouvelle sur le côté droit du nez, un peu au-dessus de sa partie moyenne. Deux mois après on a donné issue au pus qu'elle contenait : la guérison n'a été complète qu'au bout de six mois. Un an après l'apparition de cette dernière tumeur, le nez a commencé à rougir, à se gonfler, puis à présenter de petites granulations, et entre elles des ulcères très-peu étendus, mais très-nombreux et presque indolens. Ce n'est que huit mois après le développement de ces granulations que Bouteillier est entré à la Pitié, après avoir été traité sans succès par les émolliens, les évacuations sanguines locales, la cautérisation avec le nitrate d'argent, et les préparations mercurielles. Voici l'état du malade à son arrivée. Les ul-

cères et les végétations sont peu considérables, mais très-nombreux; ils occupent toute la moitié inférieure du nez, et remontent à plusieurs lignes dans l'intérieur des fosses nasales. Les granulations présentent une teinte d'un rouge légèrement livide, qui est beaucoup plus marquée sur les tissus qui avoisinent la maladie. Le nez est au moins deux fois plus volumineux que dans l'état normal. Si l'on touche les tissus affectés, on les trouve fermes, à peine douloureux, et d'une consistance analogue à celle des tissus lardacés. Les petits ulcères sécrètent un pus assez abondant, inodore, d'un blanc légèrement jaunâtre. Du reste, toutes les fonctions s'exécutent bien. (On prescrit un sixième de grain de sublimé avec un grain d'opium, ℥ ij de sirop de *Cuisinier*, la tisane de bardane, et les trois quarts de l'alimentation.) Le même traitement est continué jusqu'au 3 mars, sans avoir amené d'autre résultat qu'une légère diminution dans le volume et la coloration du nez. On commence alors la cautérisation avec le proto-nitrate acide liquide de mercure, et on la renouvelle tous les deux jours, dans l'étendue d'un centime et plus. — Le 14, les granulations sont moins saillantes dans les endroits cautérisés ; les petites ulcérations qui les séparent sont moins profondes ; quelques-unes, qui avaient fait des progrès, restent stationnaires ; celles qui avoisinent le plus les tégumens des faces dorsale et latérales du nez commencent à se cicatriser; le volume de celui-ci a diminué, ainsi que la teinte livide des tissus qui entourent la surface ulcérée; les granulations elles-mêmes sont un peu plus vermeilles. On recouvre la partie d'un linge fin, enduit de cérat, qu'on change plusieurs fois par jour à cause de l'abondance de la suppuration. (Même prescription.) — Le 24, le volume du nez diminue, la cicatrisation fait des progrès non-seulement sur la partie supérieure de la surface malade, mais encore vers la cloison nasale. Sur le côté gauche, où l'on a le plus exercé la cautérisation, le tissu lardacé est en partie détruit ; on voit à sa place de petites granulations vermeilles qui ont une ressemblance frappante avec les bourgeons cellulo-vasculaires des plaies qui suppurent. — Le 10 avril, le volume du nez est encore moindre que le 24 mars. Les petites granulations qui se mon-

traient dans les endroits cautérisés se sont en partie affaissées ; les ulcérations ont presque totalement disparu ; la cicatrisation fait toujours de grands progrès ; la sensibilité est devenue plus vive à mesure que le tissu dégénéré a été détruit. Maintenant qu'il n'en reste presque plus, le chlorure de soude est mis en usage pour activer la cicatrisation. (Un cinquième de grain de sublimé, sirop de *Cuisinier*, la demie.) — Le 27, le volume du nez est plus de moitié moins considérable que lors de l'entrée du malade ; on ne voit plus que quelques ulcérations extrêmement petites ; la suppuration est presque tarie ; la couleur de la partie est d'un brun très-clair. — Le 18 mai. Depuis un mois on n'a pas pratiqué la cautérisation, et le volume du nez a augmenté ; sa couleur est devenue plus vive ; quelques ulcérations on reparu. Une saignée de trois palettes a amendé ces symptômes : on reprend l'emploi du nitrate de mercure. La cautérisation, pratiquée à plusieurs reprises pendant les mois de juin et de juillet, a produit les résultats les plus heureux : les ulcérations ont disparu, le volume et la coloration du nez sont revenus à leur état normal, et le malade est sorti avec toutes les apparences d'une guérison complète.

3°. *Les incisions nombreuses sur les parois des vastes abcès.* On se contente ordinairement de pratiquer une incision plus ou moins large à la partie la plus déclive des foyers purulens. Mais souvent cette incision n'est pas suffisante pour amener la cicatrisation, lors même qu'elle est secondée par la position, le bandage expulsif, etc. On peut s'en convaincre en lisant l'observation suivante. Pierre-Étienne-François Denys, âgé de vingt-quatre ans, brun, sec, d'une bonne constitution, reçoit, le 15 novembre 1828, un coup de pied de cheval à la partie moyenne et externe de la jambe droite. La douleur ne se prolonge guère au-delà de quelques jours, et Denys peut vaquer à ses occupations, malgré la persistance du gonflement, qui est considérable. Deux mois environ après cet accident, la douleur se réveille, la tuméfaction augmente et s'étend jusqu'à deux pouces au-dessus de la malléole externe. Quoique la marche soit douloureuse, le malade ne

cesse pas encore ses occupations; mais enfin, forcé d'y renoncer, il entre à la Pitié le 23 février 1829, dans le service de M. *Lisfranc*. Voici son état à son arrivée. Une tumeur légèrement rénitente, peu élevée, peu circonscrite, sans changement de couleur à la peau, est étendue depuis deux pouces au-dessus de la malléole externe jusqu'à trois pouces plus haut; son diamètre transversal est à peu près de deux pouces; la douleur est très-vive à la pression; l'appétit est faible, la soif augmentée; la langue muqueuse sur sa face palatine, sans rougeur sur les bords; le pouls est plein et légèrement accéléré. Cinquante sansues sont appliquées autour de la tumeur; cataplasmes émolliens, diète. — Le 24, le volume de la tumeur est à peu près le même; le toucher est encore très-douloureux. (Quarante sangsues, etc.) — Le 26, ces sangsues ont produit non-seulement un affaissement manifeste de la tumeur, mais encore une diminution très-notable de la sensibilité; le sommeil est meilleur, le pouls plus mou et presque sans fréquence. — Rien de remarquable ne se manifeste jusqu'au 3 mars, époque à laquelle la tumeur présente une fluctuation évidente. Une incision d'un pouce pratiquée à la partie la plus déclive, donne issue à une demi-verrée de pus louable, mêlé d'une quantité assez considérable de sang et de sérosité. (Cataplasmes émolliens.) Le genou est relevé, afin que le pus se porte vers l'incision. — Le 9, le malade accuse de la douleur un peu au-dessus de la partie moyenne et externe de la jambe; on y trouve les tissus légèrement engorgés. (Quarante sangsues, etc.) — Sous leur influence, la douleur diminue, mais l'engorgement reste à peu près le même. — Le 11, le pus continue à sortir abondamment par l'incision, il a acquis une odeur fétide. On soupçonne le foyer purulent assez étendu, et une sonde introduite fait découvrir un décollement assez considérable de la peau le long de la partie externe du péroné. Des injections sont faites avec du chlorure de soude à un dégré; comme elles déterminent des douleurs très-vives, on les cesse le 13. — A dater du 15, la santé du malade se détériore; il pâlit, perd ses forces, maigrit; le pouls, qui conserve toujours un peu de fréquence, s'affaiblit; l'appétit est à peu près nul. Le pus continue à

couler ; mais comme on craint qu'il ne séjourne au-dessus de l'incision, on applique un bandage expulsif, progressivement moins serré depuis la partie inférieure du genou jusqu'à l'ouverture. Les jours suivans, le pus est fétide et plus abondant qu'à l'ordinaire. — Le 25, la quantité du pus a beaucoup diminué; de la douleur, de la rougeur et de la tuméfaction se manifestent vers la réunion du tiers moyen de la jambe avec le tiers supérieur; on ôte le bandage, dont l'action est devenue trop douloureuse ; de la fluctuation existe à trois pouces à peu près de l'incision pratiquée. Une nouvelle incision longue d'un pouce, laisse échapper une grande quantité de pus, et l'examen du foyer fait voir que sous l'influence du bandage le recollement s'est opéré à un pouce et demi à peu près au-dessus de l'ouverture inférieure. Le foyer se trouve ainsi divisé en deux parties. (Cataplasmes émolliens, bouillons.)— Le 4 avril, comme on voit que la matière purulente continue à sortir abondamment, on porte une sonde dans le foyer pour constater son étendue. Introduite dans l'ouverture inférieure et dirigée en haut, elle s'arrête après un trajet d'un pouce et demi, vers l'endroit où le recollement s'est opéré : on pratique là une incision pour empêcher le croupissement du pus ; on en pratique une autre à un pouce et demi au-dessus de l'ouverture la plus élevée, parce que les tégumens y sont décollés. Il existe ainsi à la partie externe de la jambe, quatre incisions distantes les unes des autres d'un peu plus d'un pouce. (Mèches, cataplasmes émolliens.) — Le 5, la douleur est nulle, la suppuration moins abondante, le sommeil très-bon, le pouls a encore de la mollesse, mais très-peu de fréquence ; la physionomie du malade est plus gaie. — Le 7, fréquence du pouls nulle, appétit assez vif, suppuration moindre. (Pansemens simples, bouillons, crème de riz.) — Le 9, la suppuration est presque tarie. — Le 12, elle l'est complètement. — Le nombre des incisions doit être proportionné à l'étendue du foyer purulent. On ne doit pas craindre de les multiplier, lorsqu'on les croit utiles, car la cicatrisation est aussi prompte quand il en existe plusieurs que quand il n'en existe qu'une seule. Il y a un avantage incontestable à suivre cette méthode. Sous son influence, le pus s'écoule en totalité;

celui qui se forme ne peut stagner, la peau s'applique aux tissus sous-jacens et la réunion est bientôt complète. Lorsqu'au contraire les incisions ne sont pas assez nombreuses, la peau s'amincit, se désorganise, le pus s'échappe difficilement ou incomplètement, et fuse au loin par l'intermédiaire des couches celluleuses : de là les vastes clapiers, les fistules cutanées, etc.

4°. *L'ouverture assez large de certains abcès par congestion et l'application de sangsues autour d'eux immédiatement après cette ouverture.* Les abçès par congestion dont je veux parler, sont ceux qui siégent à une hauteur variable de la colonne vertébrale, et ne sont pas accompagnés de la carie des os qui la composent : *Desault* rapporte une observation de ce genre. Les praticiens conseillent d'ouvrir ces abcès le plus tôt possible pour prévenir leur augmentation, l'amincissement de la peau et sa désorganisation. Selon eux, l'ouverture doit être très-petite : mais quelque petite qu'elle soit, l'air s'introduit tôt ou tard dans le foyer, et la viciation du pus se manifeste. Cette viciation est-elle due à l'action de l'air sur la matière purulente? C'est l'opinion généralement admise. M. *Lisfranc* et plusieurs autres praticiens pensent que cette viciation dépend plutôt de l'inflammation qui s'empare des parois du foyer purulent après son ouverture. La viciation du pus apparaît en effet le plus souvent, lorsque la chaleur et la sensibilité deviennent plus vives dans la partie affectée. Si l'on détruit l'inflammation par des saignées capillaires abondantes, le pus cesse d'être de mauvaise nature, et cependant l'air continue d'être en contact avec lui. Or, si la viciation dépendait de ce contact, elle devrait continuellement exister. Il y a plus, c'est que si, immédiatement après l'ouverture du foyer, on prévient le développement de l'appareil inflammatoire par des évacuations sanguines locales, la viciation de la matière purulente n'a pas lieu. J'ai été plusieurs fois témoin de ce résultat à la clinique du chirurgien de la Pitié. Quoi qu'il en soit des opinions sur la viciation du pus, il n'en est pas moins vrai qu'elle arrive lors même qu'on ouvre par une incision très-petite les abcès qui nous occupent. Le pus vicié réagit non-seulement sur les parois du foyer, dont il aug-

mente l'irritation, mais encore sur toute l'économie. C'est pour prévenir ces accidens, que M. *Lisfranc* conseille de faire sur la partie la plus déclive de ces abcès une incision d'un pouce, d'évacuer la matière purulente et d'appliquer aussitôt soixante ou quatre-vingts sangsues autour du foyer. J'ai vu cette pratique couronnée du plus grand succès chez plusieurs malades. Chez l'un d'eux, la collection purulente s'était formée à la région lombaire, et une sonde introduite remontait à sept ou huit pouces de l'ouverture pratiquée. Immédiatement après celle-ci, une application de soixante sangsues fut faite, et non-seulement il ne se manifesta aucun accident, mais encore la cicatrisation fit en assez peu de temps des progrès très-remarquables. Arrivée à un pouce de l'ouverture, elle resta stationnaire ; du tissu muqueux se développa, et l'on fut obligé de faire une incision cruciale pour amener la guérison complète. Chez un autre malade, l'incision fut pratiquée, comme à l'ordinaire, sur un foyer purulent qui siégeait aussi à la région des lombes. Des sangsues n'ayant pas été appliquées, il survint beaucoup de douleur et de chaleur; le pus se vicia, le pouls devint dur et accéléré, la peau chaude et presque sèche, l'appétit nul, la soif vive : à ces symptômes se joignirent du malaise, de l'agitation, de l'insomnie. Une application de soixante sangsues fit disparaître la viciation du pus et les phénomènes qui en dépendaient. Ces moyens réussiraient-ils contre les vastes abcès par congestion, accompagnés de la carie des vertèbres? Je ne le pense pas.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

(*edente* PARISET).

I.

Quodcumque os, sive cartilago, sive nervus præcisus fuerit in corpore, neque augetur neque coalescit. *Sect.* 6, *aph.* 19.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

A forti pulsu in ulceribus sanguinis eruptio, malum. *Sect.* 7, *aph.* 21.

IV.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

V.

Senes facillimè jejunium ferunt : secundò ætate consistentes; minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 13.

VI.

Circa puris generationes, dolores et febres magis accedunt, quàm ipso facto. *Sect.* 2, *aph.* 47.

DISSERTATION

N° 189.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË SIMPLE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 17 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PROSPER JAMET, de Craon,

Département de la Mayenne.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Président*.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur*.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur*.
Médecine légale	ADELON, *Suppléant*.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur*.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux, *Examinateur*.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Examinateur*.
Gerdy, *Suppléant*.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATRIS MEMORIÆ.

OPTIMO PATRI.

CARISSIMISQUE SORORIBUS.

P. JAMET.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË SIMPLE.

Considérations générales.

On désigne sous le nom de *pneumonie* (de *πνεύμων*, *poumon*) l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Imprégnés d'une énorme quantité de sang, dont le cours est à chaque instant entravé par l'influence de nos passions, continuellement en contact avec l'air extérieur qui pénètre jusque dans leurs vésicules les plus déliées à une température et avec des qualités extrêmement variables; liés à la peau par la plus étroite sympathie, et forcés de suppléer à la transpiration dont elle est le siége, souvent suspendue ou supprimée, les poumons, doués d'une sensibilité exquise, se trouvent dans les conditions les plus favorables au développement des inflammations. Aussi la pneumonie est-elle une des maladies que l'on observe le plus fréquemment.

Les anciens, privés des lumières de l'anatomie pathologique et des moyens d'exploration que possèdent les modernes, confondirent la pneumonie avec la pleurésie. Persuadés qu'elles ne pouvaient exister

indépendantes l'une de l'autre, ils se sont spécialement occupés de cette dernière, dont les symptômes sont plus tranchés, tandis qu'ils ne parlent que très-succinctement de la pneumonie. Mais, lorsque les belles recherches de *Valsalva* et de *Morgagni* donnèrent à la médecine une direction nouvelle, en substituant à de vaines hypothèses l'étude scrupuleuse des maladies et des lésions qu'elles laissent après elles, des faits nombreux mirent hors de doute que les poumons pouvaient être affectés d'inflammation sans que la plèvre y participât. Alors on chercha à distinguer les symptômes caractéristiques de ces deux affections, et on publia sur ce sujet un grand nombre d'écrits, parmi lesquels on remarque ceux de *Boërhaave*, *Van-Swiéten*, *F. Hoffmann*, *Bordeu*, *Cullen*, *Franck*, *Baglivi*, *Stoll*, etc.

Percussion. La cavité thoracique rend un son différent selon que les organes qu'elle renferme sont sains ou malades. Cette remarque bien simple fut faite pour la première fois, vers le milieu du siècle dernier, par *Avenbrugger*, médecin allemand, qui appliqua les résultats de la percussion au diagnostic des maladies de poitrine. Cette méthode, presque tombée dans l'oubli du vivant même de l'auteur, en fut tirée par le célèbre *Corvisart*, qui en révéla les avantages en l'employant avec un grand succès dans le cours d'un enseignement clinique de plus de vingt années.

Lorsque l'on veut pratiquer la percussion, quelques précautions sont nécessaires. Le malade étant assis sur son séant, et la poitrine couverte d'un léger vêtement, on percute comparativement chacune des régions correspondantes du thorax avec l'extrémité des doigts réunis sur une seule ligne et demi-fléchis. En avant, ont frappe sur les côtes et dans le sens de leur longueur; en arrière, on percute transversalement plusieurs de ces os, après avoir fait porter les bras en avant pour tendre les muscles qui recouvrent cette région. Il faut tenir compte de l'obscurité du son dans l'état sain de la région du cœur, de la partie inférieure du côté droit, à cause de la présence du foie, et de la partie correspondante du côté gauche lorsque la rate

est très-volumineuse. Cette méthode, qui d'abord paraît facile, demande cependant beaucoup d'habitude : une légère différence dans la force de la percussion ou dans l'angle formé par les doigts influe sur la qualité du son et peut induire en erreur; aussi est-il prudent de répéter plusieurs fois la comparaison auparavant de prononcer.

M. *Piorry* a proposé un nouveau mode de percussion. Il consiste à interposer entre la poitrine et la main de l'opérateur une plaque d'ivoire ou d'un bois léger, qu'il nomme *plessimètre*. Les principaux avantages que l'auteur trouve à la percussion ainsi modifiée sont : 1°. de pouvoir être exécutée sur la surface des vésicatoires et dans les espaces intercostaux, où la percussion directe est impossible; 2°. de renforcer le son fourni par la poitrine, et de rendre par conséquent plus sensible les différences qu'il présente dans son intensité. On lui reproche d'introduire un nouvel instrument qui peut être avantageusement remplacé par un des doigts de la main gauche, lorsqu'on ne juge pas convenable de percuter directement, et qui d'ailleurs, en dénaturant le son, peut devenir une source d'erreurs. Des expériences nombreuses et impartiales peuvent seules fixer l'opinion sur la valeur de ce nouveau procédé.

Auscultation. Cette belle découverte, une de celles qui honorent le plus l'école française, et due à M. *Laennec*, récemment enlevé à la science, a rendu des services inappréciables à l'art de guérir par les nombreuses applications dont elle est susceptible.

L'instrument dont on se sert pour pratiquer l'auscultation est un cylindre de bois d'un pied de longueur et de seize lignes de diamètre. Il est percé à son centre d'un conduit de trois lignes de diamètre, qui présente à une de ses extrémités un évasement profond d'un pouce, auquel s'adapte à volonté un obturateur. Ce cylindre est brisé en deux parties égales qui se joignent au moyen d'une vis.

Cet instrument, auquel son inventeur a donné le nom de *stéthoscope*, est peu portatif, ce qui a engagé beaucoup de médecins à lui

substituer l'application de l'oreille nue. Cette manière d'ausculter peut suffire dans un grand nombre de cas, mais il en est d'autres dans lesquels l'emploi du stéthoscope est indispensable. On ne pourrait sans une forte répugnance appliquer son oreille sur la poitrine d'un malade couvert d'une sueur fétide, et qui n'aurait pas l'habitude des soins que la propreté exige. Un autre obstacle est la pudeur, qui chez beaucoup de femmes opposerait une barrière insurmontable à des recherches d'une si haute importance pour le malade et pour le médecin.

Siége. La pneumonie affecte rarement les deux poumons à la fois; le plus souvent elle se borne à un seul, dont elle n'occupe qu'une partie ou même qu'un seul lobe, tandis que le lobe voisin est sain ou n'est affecté qu'à un degré différent.

D'après un assez grand nombre de faits observés par MM. *Chomel* et *Andral*, l'inflammation du poumon droit paraît être plus fréquente que celle du poumon gauche. Sur cent cinquante et une pneumonies dont les observations ont été recueillies par ce dernier (dans ce nombre sont comprises celles qui ont guéri), quatre-vingt-dix affectaient de poumon droit, trente-huit avaient envahi le poumon gauche, dix-sept existaient des deux côtés; le siége des six autres ne fut pas connu. (*Andral*, Clin. méd.) D'après les mêmes rélevés, les pneumonies de la base étaient dans une proportion au moins double de celles du sommet. Sur cinquante-neuf pneumonies terminées par la mort, M. *Chomel* a trouvé le poumon droit affecté seul vingt-huit fois, le gauche quinze fois; sur seize individus, l'inflammation occupait les deux poumons, avec cette particularité, que sur cinq sujets le poumon droit était plus fortement enflammé que le gauche, et que sur un seul, le gauche l'était plus que le droit.

Causes prédisposantes.

Influence de l'âge. Tous les âges sont à peu près également sujets à la pneumonie. Les enfans en sont fréquemment atteints et elle est pour eux, surtout dans leurs premières années, une des causes les plus actives de mortalité. Comme alors elle est dépourvue des principaux symptômes qui la caractérisent, on la méconnaît facilement; ce qui explique l'erreur des auteurs qui ont avancé que l'enfance en était exempte.

Influence du sexe. Les hommes sont plus souvent affectés de pneumonie que les femmes; on a même calculé qu'elle était chez eux dans une proportion double ou même triple. Une telle différence tient sans doute au différent genre de vie dans les deux sexes. Les femmes, plus sédentaires, s'occupant en général de travaux qui exigent peu d'efforts, et se livrant rarement aux excès trop fréquens chez les hommes, surtout dans la classe ouvrière, se trouvent ainsi à l'abri des causes qui la produisent le plus souvent.

Influence du tempérament. On regarde comme particulièrement exposés à cette affection les individus d'un tempérament sanguin et d'une constitution athlétique : il n'est pas prouvé qu'elle soit plus fréquente chez eux; elle ne se distingue ordinairement que par une plus grande violence dans sa marche. On conçoit mieux cette prédisposition chez ceux qui joignent à une poitrine étroite, dans laquelle les poumons ne se dilatent qu'avec peine, une prédominance marquée du système vasculaire.

Influence des professions. Parmi les individus qui par leurs professions sont le plus exposés à la pneumonie, on cite particulièrement les chanteurs, les crieurs, les avocats, les musiciens qui se servent d'instrumens à vent, surtout ceux de cuivre; les ouvriers qui vivent

dans une atmosphère chargée de corps étrangers, comme les plâtriers, ou de gaz irritans, comme les préparateurs de produits chimiques; les boulangers, les forgerons, etc., qui passent à chaque instant d'une température élevée à un air froid; les couvreurs, les maçons, obligés de supporter continuellement les intempéries de l'air.

Influence des saisons et des climats. La fin de l'hiver, le printemps et le commencement de l'été, sont les temps de l'année pendant lesquels les pneumonies sont le plus fréquentes; pendant le reste de cette saison et l'automne elles ne se montrent que rarement; elles sont aussi plus communes dans les climats froids et humides que dans les pays chauds.

Causes occasionnelles.

Les plaies pénétrantes de poitrine, les coups sur cette cavité, les fractures des côtes avec esquilles, l'inspiration de vapeurs âcres et caustiques, la présence d'un corps étranger dans les bronches, l'abus des liqueurs alcoholiques, l'usage de boissons froides lorsque le corps est en sueur, l'exposition prolongée à un air très-froid, une course rapide dans une direction opposée au vent, les émotions vives, et particulièrement un violent accès de colère; la suppression des menstrues ou d'autres hémorrhagies habituelles; la rétrocession des phlegmasies cutanées, de la goutte, du rhumatisme; les grandes opérations chirurgicales, etc.; telles sont les causes qui donnent ordinairement lieu à la pneumonie; mais le plus souvent cette affection se développe sans qu'il soit possible d'apprécier la cause qui l'a produite.

Symptômes.

Les symptômes de la pneumonie sont, un frisson suivi de chaleur au début, de la douleur dans un des côtés de la poitrine, de la dyspnée, de la toux accompagnée de crachats caractéristiques, le son mat, le râle crépitant, et plus tard la bronchophonie et la respiration bronchique; un mouvement fébrile plus ou moins intense.

Frisson. Le frisson peut être plus ou moins fort, plus ou moins prolongé, il manque presque constamment lorsque l'invasion a lieu pendant la nuit.

Chaleur. La chaleur n'offre rien de particulier; elle est ordinairement halitueuse.

Douleur. La douleur a ordinairement son siége au niveau ou au-dessous du sein, quelquefois elle occupe toute l'étendue du thorax. Elle est profonde, obtuse, souvent elle se réduit à un sentiment de gêne, de pesanteur, dont le malade a peine à indiquer le siége; si elle est vive, aiguë, si elle augmente par la toux, l'inspiration, la percussion, une portion de la plèvre participe à l'inflammation.

Dyspnée. La dyspnée offre différens degrés; elle est d'autant plus forte que l'inflammation occupe une plus grande étendue et que sa marche est plus rapide; lorsqu'elle est légère, elle n'augmente pas dans les divers mouvemens qu'exécute le malade; souvent même il n'en a pas la conscience. L'accélération des mouvemens respiratoires et l'élévation des côtes sont alors les seuls signes qui puissent révéler au médecin son existence; lorsqu'elle est forte, la respiration est courte, haletante, surtout lorsque le malade est sur son séant, la parole est brève, entrecoupée; enfin lorsqu'elle est portée au plus haut point, l'anxiété est extrême, la face est d'un rouge violacé ou d'une pâleur livide, la suffocation semble imminente; dans ce cas, on doit craindre une issue funeste et prochaine.

Toux. La toux a rarement lieu par quintes. D'abord sèche, elle est bientôt accompagnée d'une expectoration de nature particulière; elle est plus fréquente le soir et pendant la nuit.

Crachats. Les crachats, d'abord rares et muqueux, se caractérisent à mesure que l'inflammation fait des grogrès. Vers le deux ou troisième

jour leur quantité augmente, et ils deviennent visqueux et sanguinolens; ils sont alors jaunes safran, ou couleur de rouille, ou d'un rouge prononcé, selon la quantité de sang qui se trouve mélangée avec eux. Lorsque la pneumonie est arrivée au second degré, ils deviennent plus rares, extrêmement visqueux et adhérens au vase qui les contient, on peut le renverser sans qu'ils s'en détachent; dans les pneumonies très intenses, on les voit quelquefois se supprimer tout à fait. Ces crachats sont caractéristiques; on ne les retrouve dans aucune autre affection; aussi M. *Chomel* pense-t-il que leur présence accompagnée de fièvre, même en l'absence du râle crépitant, suffit pour faire prononcer que la pneumonie existe. Lorsque la résolution a lieu, leur viscosité diminue, le sang qui les colorait disparaît peu à peu, et ils redeviennent purement muqueux.

Les crachats, diffluens, ressemblant à du jus de pruneaux ou à une forte dissolution de gomme arabique et couverts d'une écume blanche, sont d'un très-mauvais augure. On les a donnés comme signe du troisième degré; mais on les rencontre quelquefois dès le second jour, et il n'est pas probable que la pneumonie arrive en si peu de temps à cette période; quelquefois vers cette époque ils sont muqueux et mélangés de stries jaunâtres.

Son. Dans les premiers jours de la pneumonie, le son ne s'éloigne pas de l'état naturel. La matité n'a lieu que lorsque l'engouement occupe une assez grande étendue, et a son siége vers la surface du poumon; mais lorsque l'inflammation est centrale ou disséminée, elle peut parcourir toutes ses périodes, et entraîner la mort sans que la percussion en donne aucun indice.

Râle crépitant. Lorsque, avec l'oreille nue ou à l'aide du stéthoscope, l'on explore la poitrine d'un individu affecté de pneumonie, on entend au point correspondant à la portion du poumon malade et pendant l'inspiration un bruit que l'on a comparé à celui que fait entendre le sel qui décrépite sur des charbons ardens, ou un poumon sain et gonflé

d'air que l'on presse entre ses doigts (*Laennec*, Ausc. méd.), ou au froissement d'un parchemin. (*Andral*, Clin. méd.) Ce phénomène, auquel *Laennec* a donné le nom de *râle crépitant*, annonce l'engouement du poumon et est d'une grande valeur pour le diagnostic. Lui seul peut faire connaître avec certitude le siége de l'inflammation, son étendue et ses progrès. D'abord sec et fin, il devient de plus en plus humide en masquant la respiration vésiculaire, et disparaît avec elle lorsque l'hépatisation a lieu. Si la pneumonie se termine par résolution, il se montre de nouveau (*rhoncus crépitans redux*, LAENNEC) accompagné du bruit de l'expansion pulmonaire, qui finit par se faire seule entendre.

Bronchophonie. La bronchophonie est la résonnance de la voix dans les gros rameaux bronchiques transmise à l'oreille par la portion du poumon hépatisée; ce symptôme est presque nul lorsque la pneumonie est centrale, et la superficie du poumon saine.

Respiration bronchique. Ce bruit, produit par le passage de l'air dans les grosses bronches, est transmis à l'oreille par le même mécanisme que le précédent; il coexiste toujours avec lui, et indique les mêmes lésions.

Fièvre. La fièvre est ordinairement marquée par un pouls dur et très-développé; quelquefois dans les pneumonies violentes, il est petit et mou, ce qui dépend de l'intensité de l'inflammation. On ne doit pas s'en laisser imposer par cette faiblesse apparente.

Durée. La durée de la pneumonie aiguë est indéterminée : il est rare qu'elle se termine avant le septième jour, ou qu'elle se prolonge au-delà du vingtième.

Description de la pneumonie.

Premier degré. Au début, frisson général ou partiel, suivi d'une chaleur brûlante; douleur profonde, obtuse dans un des côtés de la poitrine, ou seulement sentiment de gêne, de pesanteur; difficulté de respirer; toux; crachats d'abord rares et simplement muqueux, puis plus abondans, visqueux et teints de sang; son obscur, ou ne s'éloignant pas de l'état naturel; râle crépitant, mouvement fébrile plus ou moins prononcé, soif vive, rougeur de la face.

Deuxième degré. Augmentation de la dyspnée; crachats plus rares, moins colorés, extrêmement visqueux, et adhérens au vase qui les contient; son mat dans une étendue plus ou moins grande; bronchophonie et respiration bronchique dans le point primitivement affecté, et autour duquel on perçoit encore le râle crépitant; pouls plus fréquent, quelquefois serré et faible. La respiration, courte, pénible, s'accélère lorsque le malade exécute quelques mouvemens ou se met sur son séant. La parole est brève, entrecoupée; la face exprime la souffrance et l'abattement.

Troisième degré. Il n'existe aucun signe qui puisse faire distinguer ce degré du précédent. La persistance et l'augmentation des symptômes peuvent seules le faire soupçonner. La physionomie présente une altération plus marquée; le pouls est faible, fréquent; des crachats petits, grisâtres, striés de lignes blanches et opaques, ou aqueux et brunâtres, semblables à du jus de pruneaux, ne sont expectorés qu'avec peine. Ils s'amassent dans la trachée-artère, et produisent un râle qui donne à l'agonie un caractère particulier dans cette maladie; enfin le pouls devient intermittent, irrégulier; les extrémités froides et livides, et la mort ne tarde pas à avoir lieu.

Terminaisons.

La pneumonie peut se terminer, 1°. par résolution; 2°. par engouement; 3°. par hépatisation; 4°. par suppuration; 5°. par gangrène.

Résolution. Cette terminaison, qui est la plus fréquente, est annoncée par l'amélioration des symptômes et le retour graduel des fonctions à leur état normal. La fièvre diminue; la respiration devient de plus en plus facile; les crachats perdent de leur viscosité et de leur teinte sanguinolente, et redeviennent enfin simplement muqueux; si le râle crépitant ne s'entendait plus, il se montre de nouveau, d'abord humide, puis plus sec; enfin il disparaît, et la respiration vésiculaire reprend les caractères qu'elle offre dans l'état de santé.

Souvent cette terminaison est accompagnée de phénomènes critiques; les plus communs sont des sueurs abondantes, quelquefois précédées d'une exaspération momentanée des symptômes; d'autres fois elle est annoncée par de la diarrhée, des douleurs rhumatismales, une urine sédimenteuse, une épistaxis, une hématurie; le retour des menstrues, surtout lorsque leur suppression avait été la cause occasionnelle de la maladie. On a aussi observé des abcès dans le tissu cellulaire des membres qui coïncidaient avec le déclin de la maladie, et que l'on a considérés comme critiques.

M. *Andral* a cherché à vérifier s'il existait pour la pneumonie des jours critiques; sur cent douze cas, il a observé que le plus grand nombre d'entre elles s'étaient terminées au septième, onzième, quatorzième et vingtième jour, ce qui confirmerait ce qu'*Hippocrate* a dit à ce sujet.

La convalescence de la pneumonie est ordinairement rapide; mais quelquefois la résolution n'est pas complète; il reste, surtout chez les vieillards, un léger œdème, qui ne se dissipe que lentement, et dont on reconnaît l'existence à la persistance du râle crépitant. Une des

causes qui viennent l'entraver, est le développement de tubercules pulmonaires. Le malade, loin de reprendre des forces, s'affaiblit; il survient une petite toux sèche, avec un mouvement fébrile le soir; enfin tous les symptômes de la phthisie ne tardent pas à se déclarer. Sans admettre que, dans ce cas, les tubercules soient le produit de l'inflammation pulmonaire, il est du moins probable qu'elle devient, chez des individus qui y sont prédisposés, la cause occasionnelle d'une affection qui, sans elle, ne se serait développée que plus tard ou peut-être jamais.

Engouement. Cette terminaison a lieu lorsque la mort arrive auparavant que la pneumonie ait atteint le second degré. On ne l'observe que dans les pneumonies violentes, qui occupent une grande partie des deux poumons ou la totalité d'un seul. Dans ce cas, le son peut rester clair, et le râle crépitant persiste jusqu'à la fin.

Hépatisation. L'hépatisation correspond au second degré de la pneumonie; elle est annoncée par un son mat, l'absence du bruit respiratoire, la bronchophonie, l'extrême viscosité des crachats et l'augmentation de la dyspnée.

Suppuration. L'infiltration du pus dans le tissu pulmonaire ne donne lieu à aucun nouveau symptôme qui puisse indiquer sa présence. Lorsqu'il se forme une collection purulente, on peut, suivant *Laënnec*, la reconnaître aux symptômes suivans : « Un râle muqueux très-fort, à grosses bulles, et évidemment caverneux, se fait « entendre dans le lieu de l'abcès. La bronchophonie, qui existait « précédemment, se change en une pectoriloquie évidente; la respi- « ration et la toux de bronchiques deviennent caverneuses; si l'abcès « est voisin de la surface du poumon, la respiration et la toux don- « nent dans le même point *le souffle dans l'oreille*, et si quelque partie « de ses parois est mince et molle, le souffle devient voilé. » (*Laënnec*, ouv. cité.) Ces signes sont les mêmes que ceux qui annoncent la fonte des tubercules.

Gangrène. Cette terminaison, extrêmement rare, a été rapprochée par *Laennec* des affections essentiellement gangréneuses, telles que l'anthrax, la pustule maligne, etc. Elle est annoncée quelquefois, dès les premiers jours, par une prostration et une anxiété peu en rapport avec la gravité des symptômes, et par des crachats d'une couleur grise verdâtre, et d'une odeur d'abord fade, puis gangréneuse.

Variétés de la pneumonie aiguë.

La pneumonie offre quelques variétés par rapport à son siége et à l'âge des malades.

Elle peut être *double*, c'est-à-dire affecter en même temps les deux poumons. Elle se fait remarquer par une dyspnée plus violente et l'altération de la physionomie. Le son est à peu près égal, et le râle crépitant se fait entendre des deux côtés.

Elle peut être *centrale*, c'est-à-dire n'occuper que le centre ou la région médiastine du poumon, sans intéresser sa superficie. La percussion et l'auscultation ne donnent alors aucun résultat. Cette variété n'existe guère qu'au début; l'inflammation envahit bientôt toute l'épaisseur du poumon, et offre alors les caractères de la pneumonie ordinaire.

On la dit *disséminée* ou *lobulaire*, lorsque l'inflammation n'occupe que quelques points peu étendus et séparés par des parties saines. Très-rare chez les adultes, elle est assez commune chez les enfans. Elle est très-difficile à reconnaître. Les crachats sont rarement sanguinolens; le son produit par la percussion est clair; l'auscultation fait entendre partout le bruit respiratoire, et ce n'est qu'en la répétant à diverses reprises et avec une grande attention que l'on parvient à percevoir dans quelques points circonscrits un léger râle crépitant.

Pneumonie des enfans. La pneumonie, chez les enfans, offre des caractères qui lui sont propres, et qui en font une variété importante

à connaître. L'absence des crachats et des signes fournis par la percussion en rendent souvent la diagnostic très-difficile. Les seuls symptômes qui la caractérisent sont : la toux, la difficulté de respirer, le râle crépitant, et un mouvement fébrile ordinairement léger, quelquefois nul. M. *Billard*, qui a publié un ouvrage sur les maladies des enfans nouveau-nés, attache une grande importance au caractère du cri et à l'expression de la physionomie. Suivant lui, le cri est *voilé ;* souvent il n'a pas lieu, et la *reprise* (cri produit pendant l'inspiration) se fait seule entendre. Les ailes du nez sont tirées en dehors, et un cercle bleuâtre se dessine autour du nez et de la commissures des lèvres.

Pneumonie des vieillards. La pneumonie des vieillards ne se distingue de celle des adultes que par une plus grande gravité, une marche plus rapide, et une difficulté d'expectorer qui donne souvent lieu à un râle muqueux très-intense.

Diagnostic. Le diagnostic de la pneumonie aiguë est en général facile. Les maladies qui offrent quelques rapports avec elle sont, la pleurésie, l'œdème du poumon, et le catarrhe pulmonaire aigu. Dans la pleurésie, il n'y a ni crachats sanguinolens, ni râle crépitant; s'il y a absence du bruit respiratoire, l'égophonie, qui se fait alors entendre, ne permet pas de commettre une erreur. Dans l'œdème, le râle crépitant existe, mais l'absence des phénomènes généraux et des crachats caractéristiques le distinguent suffisamment de la pneumonie. Dans le catarrhe pulmonaire, les crachats sont toujours muqueux, et s'ils présentent quelquefois des stries de sang, il n'y est jamais intimement mêlé, comme dans la pneumonie. Le râle crépitant pourrait se faire entendre dans le cas où l'inflammation envahirait les dernières divisions bronchiques; mais alors une nuance imperceptible sépare ces deux affections, et si cette division peut être admise en théorie, elle offre peu d'intérêt dans la pratique, puisque dans les deux cas le traitement doit être le même.

Prognostic. Le prognostic de la pneumonie est toujours grave. Une issue funeste est surtout à craindre chez les vieillards et les enfans, chez les femmes enceintes, chez les individus faibles et dont la poitrine est mal conformée, et chez ceux dont la constitution a été détériorée par des maladies précédentes ou des excès répétés.

Le second degré de la pneumonie est plus dangereux que le premier, et elle offre d'autant moins de chances de guérison que les symptômes persistent depuis plus long-temps. On ne connaît pas d'exemple bien avéré de guérison de pneumonies parvenues au troisième degré.

La pneumonie double est plus grave que celle qui n'occupe qu'un seul poumon. L'inflammation du sommet du poumon est aussi plus souvent mortelle que celle de la base.

Une dyspnée considérable, des crachats aqueux, brunâtres et couverts d'une mousse blanche, ou la suppression de l'expectoration, sont d'un mauvais augure. Le pouls ne fournit pas de signes importans dans cette maladie; cependant le danger est imminent s'il bat plus de cent trente à cent quarante fois par minute; s'il perd de sa fréquence et semble revenir à son état naturel, tandis que la respiration devient de plus en plus accéléré, c'est un signe constamment mortel.

Caractères anatomiques de la pneumonie aiguë.

Premier degré. — Engouement. Dans le premier degré, le poumon est à l'extérieur d'une couleur livide ou violacée; il est encore crépitant. Quand on le presse, on distingue la présence d'un liquide; il conserve l'empreinte des doigts, et se laisse déchirer plus facilement que dans l'état sain. Si on le coupe, son tissu paraît d'un rouge de sang ou livide, et il s'écoule abondamment de la surface de l'incision une sérosité sanguinolente et trouble.

Deuxième degré. — Hépatisation. Dans le deuxième degré le poumon est plus pesant, plus compacte; il ne décrépit plus, et se précipite

au fond de l'eau. Sa couleur est ordinairement rouge; quelquefois d'un gris violet; d'autres fois ces deux couleurs sont mélangées ensemble de manière à lui donner l'aspect du marbre ou du granit. Si on le coupe, il ne s'écoule rien de la surface de l'incision; mais en le comprimant ou en râclant avec un scalpel, on exprime une sérosité sanguinolente, plus trouble et plus épaisse que dans le cas précédent. Si l'on examine la surface des incisions, elle paraît couverte de petits grains rouges, obronds et un peu applatis, qui lui donnent l'aspect granuleux. « Le tissu pulmonaire paraît alors composé par la réu-« nion de petits grains ronds ou ovoïdes très-égaux entr'eux... Il est « impossible de ne pas les reconnaître pour les vésicules elles-mêmes, « transformées en grains solides par l'épaississement de leurs parois à « l'état d'*infarctus* de leur cavité. » (*Laënnec*, ouvrage cité).

Troisième degré. — Suppuration. Dans le troisième degré, la couleur du poumon est d'un jaune paille ou jaune citron. Sa friabilité augmente, et il suffit de la plus légère pression pour déchirer son tissu et former des collections purulentes, qui peuvent être prises pour des abcès. Si on l'incise, la surface de l'incision laisse écouler une matière purulente jaune, opaque et d'une couleur fade.

Quelquefois la matière noire (mélanose) qui existe naturellement chez les vieillards donne au poumon une couleur d'un gris cendré, ce qui a fait admettre à quelques auteurs une hépatisation grise.

Abcès. Les abcès du poumon sont extrêmement rares; du moins les médecins français n'en citent que des observations peu nombreuses. Les uns sont enkystés, une fausse membrane les sépare du parenchyme pulmonaire et leur donne l'aspect des excavations tuberculeuses. Les autres consistent dans une collection purulente contenue dans une cavité formée par le tissu pulmonaire ramolli, et réduit en détritus.

Gangrène. La gangrène du poumon présente les caractères suivans : selon que la mortification est plus ou moins récente, elle se

montre sous la forme d'une escharre d'un brun noirâtre, plus humide, plus compacte et plus dure que le tissu pulmonaire, ou ramollie et se détachant des parties voisines; enfin, elle peut être réduite en une bouillie d'un gris verdâtre, exhalant une odeur marquée de gangrène. Le tissu pulmonaire environnant peut être sain, mais il est ordinairement le siége d'un engouement inflammatoire.

Il est très-rare que la gangrène envahisse une grande partie ou la totalité du poumon. Selon M. *Laënnec*, qui a observé deux cas de ce genre, le poumon est alors d'un vert foncé, presque noir, mélangé de brun et de jaune brunâtre terreux; il est humide, ramolli, facile à déchirer, et d'une densité égale à la pneumonie au premier degré. Lorsqu'on l'incise, il s'écoule une sanie verdâtre et trouble, d'une odeur gangréneuse extrêmement fétide.

Traitement.

Le traitement de la pneumonie est ordinairement simple, et consiste dans des émissions sanguines, des boissons émollientes et quelquefois des stimulans à l'intérieur, et des révulsifs appliqués à la peau. L'emploi de ces moyens doit varier selon l'intensité de l'inflammation, l'âge du malade, sa constitution, etc. On ne peut donner que des règles générales que le médecin doit modifier selon les indications qui se présentent.

Saignée. La pneumonie est une des maladies dans lesquelles la saignée est le mieux indiquée, et produit les effets les plus marqués; elle est d'autant plus efficace qu'on le pratique plus tôt et qu'elle est plus abondante. Deux ou trois fortes saignées produiront une rémission plus marquée et affaibliront moins le malade que ne le feraient des saignées médiocres, mais répétées plus souvent. On fait ordinairement les premières de trois ou quatre palettes, et les suivantes de huit ou dix onces seulement; elles doivent être répétées à des intervalles plus ou moins rapprochés selon la violence de l'inflammation.

On avait donné comme précepte qu'il était dangereux de saigner après le sixième jour; quoique la saignée soit d'autant moins efficace que la maladie est plus avancée, il n'y faut pas renoncer : on doit la pratiquer toutes les fois que la nature des symptômes le réclame, quelle que soit l'époque de la maladie.

La petitesse du pouls, l'accablement ne contr'indiquent pas toujours les évacuations sanguines. Le plus souvent cet état est apparent et dépend de la violence de l'inflammation : à mesure que le sang coule, le pouls se développe et les forces renaissent. Si la faiblesse au lieu de diminuer allait en augmentant, il faudrait fermer la veine. Chez les vieillards, elles ne doivent être pratiquées qu'avec beaucoup de ménagement.

Une des particularités de la pneumonie est la couenne inflammatoire qui se forme à la surface du sang ; ordinairement on l'observe dès la première saignée, et elle diminue dans les suivantes; d'autres fois, mais plus rarement, elle ne se montre qu'après plusieurs saignées.

La difficulté qu'offre souvent l'ouverture de la veine chez les enfans, a engagé beaucoup de médecins à la remplacer par des applications de sangsues ; elles sont loin d'avoir des effets aussi marqués que la saignée générale; mais on peu les employer simultanément avec beaucoup d'avantages lorsqu'il existe une douleur de côté aiguë, ou lorsque la pneumonie reconnaît pour cause la suppression d'une hémorrhagie ; elles doivent alors être appliquées le plus près possible du lieu qui en était le siége.

Médicamens internes. Les boissons que l'on prescrit au malade doivent être adoucissantes, telles que les décoctions d'orge, de chiendent, l'eau de gomme, les infusions de violette, de mauve, de bourrache, de bouillon-blanc, etc., édulcorées avec du sucre, du miel, ou un sirop quelconque; elles doivent toujours être données tièdes. On prescrit en même temps des loochs et des potions huileuses.

Vers le déclin de la maladie, lorsqu'elle semble rester station-

naire, ou lorsque l'expectoration est difficile, surtout chez les individus faibles, on peut avec avantage faire succéder aux émolliens les boissons légèrement stimulantes dites *expectorantes*, telles que les infusions de lierre terrestre, d'aunée; la décoction de polygala, l'oxymel scillitique ou le kermès, que l'on administre dans des potions gommeuses. Mais il ne faut pas oublier que la diminution des crachats peut dépendre d'un nouveau degré d'acuité de l'inflammation, et qu'alors la saignée est le meilleur des expectorans. Les narcotiques peuvent quelquefois être utiles pour modérer la toux, et combattre l'insomnie; mais on doit, en général, être sobre de ce genre de médicamens, qui peuvent devenir nuisibles par leur action sur la circulation.

Topiques. Lorsqu'il existe une douleur aiguë, qui n'a pas complètement cédé à une application de sangsues, des cataplasmes émolliens, placés sur le point douloureux, parviennent souvent à la calmer. Hors ce cas, ils présentent plus d'inconvéniens que d'avantages. Ils sont à une trop grande distance du poumon pour pouvoir modérer l'inflammation, et leur poids, incommode, ne fait qu'ajouter à la gêne de la respiration. Parmi les révulsifs, le vésicatoire est presque le seul qu'on mette en usage. Quelques médecins l'emploient dès le début; mais alors il donne souvent lieu à une réaction qui augmente l'inflammation que l'on veut combattre. On attend ordinairement que le pouls ait perdu en partie sa fréquence; et c'est vers le déclin qu'ils sont plus particulièrement indiqués pour hâter la résolution. On ne devrait les employer plus tôt que chez les individus faibles, lorsque la saignée n'est pas pratiquable, ou lorsque la pneumonie reconnaît pour cause la rétrocession d'une phlegmasie cutanée. Alors on doit se hâter de la rappeler, en plaçant un vésicatoire sur le lieu qu'elle occupait.

Les opinions diffèrent sur le lieu où l'on doit les appliquer : les uns veulent que ce soit le plus loin possible de la partie malade; les

autres les font placer sur le point même correspondant du poumon enflammé. J'ai vu souvent employer cette méthode à la Charité, dans les salles de M. *Chomel*, qui les fait placer de manière à obtenir une vessie de quatre à cinq pouces de diamètre. Je n'ai pas observé que leur application fût suivie des accidens qu'on semble redouter ; tandis que l'amélioration qu'ils produisent est plus prompte et plus marquée.

Hygiène. Pendant toute la période d'acuité, on doit astreindre le malade à une diète absolue. On n'accorderait quelques bouillons, que dans le cas où la maladie se prolongeant beaucoup, il devient nécessaire de soutenir les forces. L'atmosphère qui l'entoure doit être tempérée. On chauffera la chambre en hiver ; en été, au contraire, on rafraîchira l'air par des aspersions d'eau. Si la convalescence a lieu dans une saison froide, il est prudent de lui faire porter des gilets de laine sur la peau, surtout si la résolution ne se fait que lentement ; on y joindrait alors un vésicatoire ou un cautère au bras.

Méthode de Rasori.

Cette méthode, qui consiste dans l'emploi de l'émétique à haute dose, a été introduite en France par *Laënnec*. La voici telle qu'il l'a modifiée : après une saignée de huit à seize onces, pour enrayer l'inflammation, il faisait donner un grain de tartre stibié dans une infusion de feuilles d'oranger légère et froide, édulcorée avec une demi-once de sirop de guimauve ou de fleur d'oranger. La même dose était répétée de deux heures en deux heures, jusqu'à ce que le malade en eût pris six, après lesquelles il le laissait reposer six à huit heures. Quelquefois la dose était portée à un grain et demi, deux grains, et même deux grains et demi.

Beaucoup de pneumoniques supportaient l'émétique sans vomir ni ressentir ses effets purgatifs ; d'autres éprouvaient deux ou trois vo-

missemens, et allaient cinq ou six fois à la selle; mais les jours suivans ils n'éprouvaient que des évacuations médiocres, qui cessaient bientôt, ce que *Rasori* désignait par *tolérance.*

Lorsque les évacuations continuaient, il faisait ajouter une ou deux onces de sirop diacode aux six doses, qui devaient être prises dans les vingt-quatre heures.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Hyeme verò, pleuritides, peripneumoniæ, lethargi, gravedines, raucedines, tusses, dolores pectorum, et lumborum, et capitis dolores, vertigines, apoplexiæ. *Sect.* 3, *aph.* 23.

II.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus, magnæ mutationes tùm frigoris, tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Ibid.*, *aph.* 1.

III.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos movent. *Sect.* 5, *aph.* 24.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

V.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

VI.

Morborum acutorum non in totum certæ sunt prænuntiotiones, neque salutis, neque mortis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

DISSERTATION

N° 190.

SUR

LA NÉVRALGIE,

CONSIDÉRÉE EN GÉNÉRAL ET DANS SES DIFFÉRENTES ESPÈCES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 17 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR PIERRE-IRÉNÉE JACOB, de Metz,

Département de la Moselle.

Numquam aliquid magni facias, ex merâ hypothesi, aut opinione.

STOLL.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON, *Suppléant.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonnabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Rathkau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux, *Examinateur.*
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Examinateur.*
Gerdy, *Suppléant.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE,

Ancien Pharmacien en chef d'armée; ancien Pharmacien Premier Professeur à l'Hôpital militaire d'instruction de Strasbourg; membre de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, etc.

Témoignage de tendre amitié et de vive reconnaissance.

P.-I. JACOB.

DISSERTATION

SUR

LA NÉVRALGIE,

CONSIDÉRÉE EN GÉNÉRAL ET DANS SES DIFFÉRENTES ESPÈCES.

On donne le nom de *névralgie* à une modification pathologique, ordinairement très-douloureuse, survenue dans la sensibilité du tissu nerveux, comme l'indique son étymologie, de *νεῦρον*, *nerf*, et d'*αλγος*, *douleur*. Elle n'a encore été observée que dans les nerfs de la face, du tronc, des membres, et particulièrement dans ceux qui sont enveloppés d'un tissu cellulaire lâche ou qui se rendent à des muscles superficiels. *Bichat* pensait que cette maladie peut attaquer aussi les nerfs de la vie organique. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « On sait qu'il y a des coliques essentiellement nerveuses, qui sont « certainement indépendantes de toute affection locale des systèmes « séreux, muqueux et musculaire des intestins. Ces coliques siègent « manifestement dans les nerfs des ganglions semi-lunaires, qui se « répandent dans tout le trajet des artères abdominales : elles sont « de véritables névralgies du système nerveux de la vie organique. » (Anat. gén., t. 1, p. 229.) Cette opinion, très-vraisemblable, a été

partagée par plusieurs autres médecins, qui lui ont même donné de l'extension. Pour eux, la névralgie réside probablement aussi dans les nerfs viscéraux ; mais les phénomènes qui peuvent en résulter n'ont pas été jusqu'à présent déterminés d'une manière assez positive pour qu'on puisse indiquer les symptômes qui la caractérisent. C'est ainsi que l'angine de poitrine a été attribuée à une névralgie des plexus pulmonaire et cardiaque et des nerfs pneumo-gastriques ; que l'asthme nerveux, l'otalgie, la cardialgie, certaines coliques, l'iléus ont également été rapportés à cette affection douloureuse des nerfs. Diverses espèces de dysphagie, les gastrodynies chronique, périodique ou atypique dépendent aussi, suivant *Chaussier*, d'une cause analogue. Il en est encore de même de certaines affections cérébrales crâniennes, qui ne se guérissent que par le régime, par des éruptions cutanées, par la goutte ou par un autre genre de révulsion ; et de ces affections si nombreuses, si opiniâtres et si variées des viscères abdominaux, désignées sous les noms d'*hystérie*, d'*hyponchondrie*, qui très-souvent paraissent dépendre d'une irritation fixée sur les plexus de l'utérus, du mésentère, de l'estomac ou des intestins.

Histoire de cette affection.

Quoique la névralgie ne soit pas, en général, une maladie dangereuse, quand elle est simple, les douleurs aiguës et souvent intolérables dont elle est accompagnée ont dû attirer sur elle l'attention des plus anciens médecins. Mais dans l'antiquité, les connaissances anatomiques étaient trop vagues, trop incertaines, le système nerveux particulièrement trop mal connu pour que les fondateurs de la science n'aient pas confondu avec les névralgies des maladies qui avaient avec elles quelque analogie. *Hippocrate* parle de l'*ischias*, nom conservé par *Cotugno* aux véritables névralgies ; il a désigné par ce nom une maladie qui consiste dans une douleur vive, aiguë, jamais mortelle, qui a son siége dans l'articulation de la hanche, et qui s'irradie dans l'épaisseur de la fesse et le long de l'extrémité abdominale de ce côté.

Quelques critiques n'en doutent pas moins que le père de la médecine ait bien désigné la névralgie, qu'il a pu confondre avec le rhumatisme aigu, la goutte, etc. Ce qui peut les confirmer dans leur opinion, c'est que *Galien* n'a rien écrit de positif sur les névralgies; ce qu'il a dit de la sciatique peut être appliqué à plusieurs maladies différentes de l'articulation coxo-fémorale. *Celse* a manifestement compris différentes affections sous le titre collectif de *dolor coxæ*. C'est seulement dans le milieu du dix-huitième siècle que la névralgie a été véritablement aperçue et décrite. On trouve dans un ouvrage publié en 1756 par *André*, chirurgien à Versailles (Observ. prat. sur les maladies de l'urètre et sur plusieurs faits convulsifs), les premières observations bien faites de névralgies faciales et les détails les plus précieux sur les avantages et les inconvéniens de plusieurs opérations chirurgicales dans leur traitement. *Dominique Cotugno*, médecin napolitain, fit paraître sur les névralgies un ouvrage du plus grand intérêt, et que *Barthez* a proclamé une excellente monographie. Il est intitulé : *De Ischiade nervosâ commentarius, Viennæ*, 1770. De 1776 à 1790, *Fothergill, Pujol* et *Fortsmann* ont publié de bons traités sur la névralgie faciale; mais c'est surtout le célèbre *Chaussier* qui a éclairé l'histoire de cette maladie de toute la lucidité de son génie méthodique et observateur; c'est lui qui donna aux diverses névralgies un nom tiré de l'organe qui en est le siége. Il y rapporta beaucoup d'affections qui avaient été confondues jusqu'alors sous des titres différens; il rassembla dans sa Table synoptique tout ce qu'il y avait de plus important sur cette matière, et il observa et décrivit plusieurs espèces nouvelles. Depuis, les bonnes observations de névralgies se sont multipliées, et beaucoup de faits curieux de ce genre ont été déposés dans les Journaux de médecine et dans les Collections académiques. Cependant tous les travaux postérieurs à celui de *Chaussier* n'ont ajouté que peu d'espèces à celles qu'il avait décrites et classées, ainsi que j'aurai occasion de le faire remarquer quand je présenterai le tableau général de ces maladies.

Nosologie.

Sauvages a placé les névralgies dans des classes et des ordres différens. (Nosol. méth., cl. 4, ord. 1 et 3; cl. 7, ord. 5.) Les classifications des nosologistes qui l'ont suivi présentent aussi ce défaut, même celle de *Baumes*, quoique postérieure à l'ouvrage de *Chaussier*. Enfin *Pinel* a rangé les névralgies dans sa quatrième classe, et en fait un genre qu'il a appelé *névroses de la locomotion*.

Étiologie.

Les causes de la névralgie, comme celles de toutes les maladies, peuvent être distinguées en *prédisposantes* et en *occasionnelles*.

Causes prédisposantes. Suivant les observations de *Fothergill*, c'est dans l'âge moyen et dans la vieillesse qu'on est le plus exposé à la névralgie. *Pujol* pense que les enfans en sont entièrement exempts, et dit que sur un grand nombre de personnes névralgiées, il n'en a vu aucune au-dessous de l'âge de quarante ans. Cependant j'ai eu occasion d'observer dans une petite ville à vingt lieues de Paris, une névralgie faciale chez une dame qui n'avait pas vingt-cinq ans; et parmi les observations que j'ai présentées à la Faculté pour mes épreuves, il s'en trouve une de névralgie fémoro-poplitée, recueillie à l'Hôtel-Dieu, sur un jeune homme qui n'était que dans sa vingt-troisième année. *Gunther*, *Leidenfrost* et M. *Coussays* ont vu cette maladie chez des sujets beaucoup plus jeunes : le premier sur une fille de neuf ans et le dernier sur un petit garçon de sept. Ces observations prouvent que si la névralgie est rare dans l'enfance et dans la jeunesse, elle n'est pas entièrement étrangère à ces âges, et l'on aurait plutôt sujet d'être surpris de les observer si rarement dans l'enfance, où le système nerveux est particulièrement prédominant.

Presque tous les médecins qui ont écrit sur la névralgie, notam-

ment *Fothergill* et *Fortsmann*, sont d'avis que les femmes y sont plus sujettes que les hommes. *Thouret* affirme cependant le contraire; mais son assertion paraît fondée sur un trop petit nombre de faits, et ne peut guère s'accorder avec la prédominance du tempérament nerveux qui se remarque chez les femmes et qui dispose le plus à la maladie dont il est question.

Presque tous les auteurs s'accordent à dire que les personnes mélancoliques, les hypochondriaques sont particulièrement sujettes à la névralgie. Dans ce cas, l'effet ne serait-il pas quelquefois pris pour la cause? Les personnes d'un tempérament très-irritable et celles qui ont une disposition arthritique en sont également attaquées. On cite aussi des exemples de névralgie chez des sujets d'un tempérament sanguin, doués d'une constitution robuste, et qui présentaient toutes les apparences de la santé la plus florissante.

Les personnes qui vivent dans l'oisiveté, celles que leur profession empêche de se livrer à des exercices salutaires, sont fréquemment atteintes de névralgie, selon *Fortsmann* et *Leidenfrost*. Selon quelques observateurs les marins, les pêcheurs, les gens employés aux rivages, y sont très-exposés. Il est donc assez difficile d'assigner la condition sociale la plus propre à développer cette affection.

Causes occasionnelles. Les vents froids, secs et piquans; les temps orageux, humides et variables; les refroidissemens subits, sont les causes occasionnelles les plus ordinaires de la névralgie. La cicatrisation intempestive d'anciens ulcères faisant office d'émonctoires; la suppression d'un cautère et d'un exutoire, celle de la sueur des pieds, des flueurs blanches, des lochies, celle des menstrues, des hémorrhoïdes; la suppression prématurée du lait, celle de la gale, des dartres et autres exanthèmes, celle de la goutte, du rhumatisme, des affections catarrhales et convulsives, selon *Pujol;* une blennorrhagie mal guérie, le virus syphilitique, selon *Cotugno* et *Barthez*, sont autant de causes propres à la produire.

Outres ces causes générales de névralgies, il en est encore de parti-

culières, telles sont : la situation d'un nerf dans un tissu cellulaire lâche, peu abondant, peu soumis à l'action contractile des muscles; sa position superficielle, qui l'expose davantage aux contusions et aux déchirures ; la division incomplète d'un filets nerveux, une compression exercée depuis long-temps sur un nerf.

La névralgie peut encore être produite sympathiquement par l'affection d'un organe éloigné. Elle peut tenir à un état saburral des premières voies (*Hamel*), à la présence des vers dans les intestins, etc. *Sauvages* a même fait une espèce, *ischias verminorum*, de celle qui dépend de cette dernière cause. (Nosol. méthod., cl. 7.)

Le plus ordinairement la névralgie est sporadique. Selon *Chaussier*, la fémoro-poplitée est fort commune dans quelques climats. M. *Coussays* pense que cette maladie peut devenir endémique et épidémique dans certaines contrées et à certaines époques, sous l'influence des causes les plus propres à la produire.

Symptômes.

Il est des symptômes que présentent toutes les névralgies, et que l'on peut appeler *symptômes communs ;* d'autres offrent quelques particularités secondaires relatives à la diversité d'organisation et de fonctions des parties soumises à l'influence du cordon nerveux affecté. Autant que possible, je ne traiterai pour le moment que des premiers ; les autres seront reportés, comme caractères, aux différentes espèces de névralgies. Dans certains cas, la névralgie est précédée d'un malaise général, d'une sorte d'anxiété à l'épigastre, de nausées, d'une respiration pénible, suspirieuse, de frissons suivis de chaleur et de sueurs.

Quelquefois l'invasion de la névralgie se fait par degrés : le malade n'éprouve d'abord qu'un prurit, une sensation de chaleur, ou bien un sentiment de tension, auxquels succèdent quelques douleurs vives, qui se dissipent bientôt, pour repaître ensuite avec un caractère plus prononcé d'intensité. Mais le plus ordinairement cette maladie

s'annonce dès le début avec tout l'appareil des symptômes qui la caractérisent. Elle se manifeste par une douleur vive, déchirante, accompagnée de tiraillemens ou d'élancemens excessivement aigus, dont *Cotugno* a peint le développement rapide par une expression aussi vraie qu'énergique, en les nommant des *éclairs de douleur* (*fulgora doloris*). Quelquefois ces douleurs vives sont accompagnées d'un sentiment de torpeur, de formication; dans d'autres cas, le malade éprouve une cuisson et un picotement semblables à ce qui a lieu dans l'érysipèle ou dans la brûlure.

Malgré leur extrême violence, les douleurs névralgiques existent presque toujours sans chaleur, sans rougeur, sans tension ni gonflement apparent des parties voisines. Chez quelques malades on a même observé une diminution de la température dans le lieu qui était le siége du mal. (*Thouret.*)

C'est toujours dans un tronc ou dans un rameau nerveux que la douleur névralgique a son siége. On a plusieurs fois éprouvé que la section du nerf la faisait cesser sur-le-champ. Si après avoir mis le nerf à découvert au moyen d'un caustique, comme le faisait *André* (ouvrage cité), on le touche, ou que l'on tiraille l'escharre qui le couvre, on augmente la douleur à l'instant même, ou l'on provoque un accès.

La douleur ne se borne pas au foyer du mal; elle se répand en rayonnant dans les parties voisines à plus ou moins de distance, en suivant les ramifications nerveuses, toutes ensemble ou successivement, avec tant d'exactitude, que le malade indique leur direction avec autant de précision que pourrait le faire un anatomiste. Ces irradiations sont quelquefois si vives et si subites, que les sujets qui les ont ressenties les ont comparées à des *commotions électriques*, à des *coups de dard*, à des *traits de feu.*

Quelques auteurs ont avancé que la douleur ne s'étend jamais que du tronc nerveux aux filets; mais cette assertion est démentie par plusieurs faits. On a vu des accès de névralgie fémoro-poplitée commencer par des élancemens, qui partaient du pied et s'étendaient succes-

sivement de bas en haut, jusqu'à la partie du nerf qui était le siége du mal, s'y fixer pendant le reste de l'attaque, ou se propager jusqu'au sacrum et aux lombes, plusieurs fois même jusqu'au bras par une correspondance sympathique. (*Bailly*, Dissert. sur la névralgie fémor. poplit.)

Outre les symptômes déjà mentionnés, on en observe encore de locaux, qui dépendent du trouble des fonctions exécutées par les différens organes auxquels va se distribuer le nerf affecté. Pour les muscles, ce sont des spasmes, des agitations convulsives plus ou moins apparentes, des mouvemens involontaires, des gestes automatiques, qui ont fait donner à la névralgie de la face le nom de *tic;* dans certains cas, c'est une rigidité extrême, une sorte d'état tétanique, *trismus dolorificus* de *Sauvages;* dans d'autres, il y a diminution de l'action musculaire, d'où résulte une demi-paralysie, ainsi que l'a observé *Cotugno.*

Les artères et les veines offrent aussi des phénomènes particuliers : il y a quelquefois, dans l'intensité de l'accès, gonflement des vaisseaux veineux, pulsations fatigantes des artères circonvoisines, tandis que celles des autres parties du corps conservent leur état normal. Cette circonstance a porté *Van-Swiéten* à considérer comme une sorte de fièvre locale, *febris topica*, la névralgie qu'il a observée. (*Comm. in aphor.*, § 757.)

Les sécrétions sont augmentées ou diminuées, et leurs produits presque toujours altérés. Dans la névralgie frontale, il y a excrétion de larmes âcres et brûlantes, sécheresse des cavités nasales; dans la sous-orbitaire, il y a parfois écoulement par la narine d'un mucus séreux et limpide, et par la bouche, excrétion plus ou moins abondante d'une salive quelquefois âcre et salée. (*Coussays.*)

Il se manifeste presque toujours des phénomènes qui dépendent du trouble des fonctions, tels que digestions pénibles, anorexie, cardialgie, vomissemens, constipation ou diarrhée, si la névralgie se prolonge, et que les attaques soient intenses et fréquemment réitérées. (*Coussays.*) Dans ce même cas, le pouls est ordinairement petit,

serré, rarement plus fréquent, souvent plus lent que dans l'état de santé. Il survient quelquefois une petite fièvre lente, dont les paroxysmes coïncident avec les accès névralgiques ; d'autres fois une fièvre secondaire analogue à celle des phlegmasies. La peau est ordinairement sèche. La sécrétion urinaire participe aussi de ce trouble. L'urine est épaisse et peu abondante dans l'intervalle des accès ; elle devient pâle et aqueuse pendant l'attaque ; enfin citrine pendant la rémission. Quelques malades se sont plaint d'un sentiment de froid insolite aux pieds et aux mains. (*Pedes manusque sæpè frigent*, FORTSMANN), comme dans le début d'une fièvre intermittente. Quelquefois la mémoire s'affaiblit et le jugement s'altère. Souvent le caractère change et le malade devient inquiet, triste, irrascible. La nutrition éprouve une altération notable par la durée de la maladie : le plus ordinairement le malade s'affaiblit par degrés, et finit par tomber dans le marasme. La jeune femme névralgiée, dont j'ai parlé à la page 8, m'a cependant offert un exemple du contraire : elle a conservé pendant long-temps sa fraîcheur et son embonpoint.

Au reste, tous ces symptômes ne se manifestent pas constamment ; ils sont subordonnés à l'âge, au sexe, à la constitution du sujet, et surtout au degré de violence des attaques.

Quand la névralgie est continue, les douleurs sont moins vives que quand elle affecte les types rémittent et intermittent. Dans ce dernier cas, la douleur revient par accès, tantôt réguliers, tantôt irréguliers. C'est d'après ce phénomène que *Chaussier* a établi la distinction de la névralgie en *périodique* et en *atypique*.

Division. On pourrait établir la division des névralgies sur différentes bases. Une division fondée sur les causes serait, sans contredit, une des plus importantes par rapport au traitement. On a proposé d'établir les quatre espèces suivantes : l'*idiopathique*, la *métastatique*, la *sympathique* et la *symptomatique*, auxquelles se rapportent, en effet, toutes les causes de névralgie.

Sous le rapport du type, on pourrait les diviser en *continue*, *rémittente* et *intermittente;* dans cette dernière, il faut distinguer les variétés *périodique* et *atypique*. Cette seconde division offrirait aussi quelques avantages sous le rapport du traitement; mais la division fondée sur le siége, telle que l'a établie *Chaussier*, qui fit dépendre les différences essentielles du *genre névralgie* de l'espèce du nerf affecté, du nombre et de l'étendue des ramifications (Table synopt. des névralg.), étant la plus généralement admise, je la suivrai à quelques modifications près.

§ I. *Névralgie frontale.* (Orbito-frontale, Ch., *ophthalmodinia*, tic douloureux, *dolor periodicus*). Elle a son siége à la branche orbito-frontale du nerf trifacial, et principalement à ses ramifications frontales. Souvent la douleur commence au niveau du trou sus-orbitaire, et de là se propage aux filets nerveux qui se distribuent au front, à la paupière supérieure, au sourcil, à la caroncule lacrymale et à l'angle nasal de l'œil; elle peut envahir aussi, par les anastomoses multipliées des filets des branches du nerf trifacial, tout le côté correspondant de la face. Le plus fréquemment pendant l'accès, la paupière est abaissée, l'œil très-douloureux et quelquefois très-rouge; il y a excrétion de larmes brûlantes; le malade ressent des palpitations fatigantes dans les artères voisines; les veines sont gonflées, des stries rouges se dessinent sur la peau du front et du nez. Il existe souvent une douleur sourde à un des sinus frontaux, une sécheresse des cavités nasales et quelques symptômes de coryza. La douleur est ordinairement périodique, revient tous les jours, le plus souvent le soir, dure quelques heures, cesse entièrement, puis reparaît le lendemain. Chez quelques névralgiés, la douleur est entièrement irrégulière; les accès durent à peine quelques secondes, mais se renouvellent fréquemment, et varient beaucoup sous les rapports de la durée, de l'intensité et de l'époque du retour.

La névralgie frontale est une des plus fréquentes maladies de ce genre.

§ II. *Névralgie sous-orbitaire.* (*Dolor faciei atrox, trismus clonicus, prosopalgia;* fièvre topique, odontalgie rémittente et intermittente). Cette névralgie, fixée sur le nerf maxillaire supérieur, se propage ordinairement depuis la sortie du nerf à travers le trou sous-orbitaire, jusqu'à la terminaison des filets qu'il distribue à la paupière inférieure, à l'angle interne de l'œil, à la joue, à l'aile du nez, à la lèvre supérieure. Si la douleur affecte la portion profonde du nerf, elle suit le trajet des filets qui se rendent au sinus maxillaire, au palais, aux dents, à la base de la langue et à toute la face. Les phénomènes secondaires de cette névralgie sont, à l'instant où la douleur est le plus intense, excrétion de salive et de mucus nasal, paralysie ou tremblement des muscles des lèvres : le malade remue la mâchoire et a l'air de parler. Il y a douleur atroce pendant la mastication; parfois paracousie, face rouge et paupières tuméfiées.

La névralgie sous-orbitaire peut présenter le type intermittent ou le rémittent, mais le premier lui est plus familier. Quoique peu rare, elle est moins commune que la précédente.

§ III. *névralgie maxiliaire* (*tic douloureux, trismus catarrhalis maxillaris*). Cette névralgie a son siége dans la branche sous-maxilliaire du nerf trifacial. La douleur se propage ordinairement du trou mentonnier vers les ramifications mentales et labiales de ce nerf, et s'étend souvent, en remontant dans le canal maxillaire, aux différens filets qu'il fournit aux dents, aux alvéoles, à la région temporale, sous le menton et au côté de la langue. Les contractions spasmodiques qui agitent les lèvres déterminent parfois un rire convulsif, qui dénote l'état d'angoisse dans lequel se trouve le malade. *Chaussier* observe que cette névralgie, plus rare que la précédente, est presque toujours irrégulière ou atypique.

La névralgie sous-maxilliaire et la sous-orbitraire ont été confondues quelquefois avec le clou hystérique, l'odontalgie, un rhu-

matisme de la face, l'engorgement muqueux du sinus maxillaire et des crampes musculaires.

§ IV. *Névralgie intercostale*, observée pour la première fois par *Siébold*, sur une jeune fille après la suppression des menstrues. Elle se manifesta par une douleur vive entre la huitième et la neuvième côtes ; cette douleur, qui revenait par accès irréguliers, persista toute la vie. A l'ouverture du cadavre, on trouva le nerf intercostal rougeâtre et amaigri. M. le professeur *Fouquier* a appelé l'attention des praticiens sur cette espèce de névralgie, et M. *Nicod* en a donné une bonne description, après l'avoir rencontrée un grand nombre de fois. Le même observateur a remarqué qu'elle attaque beaucoup plus fréquemment les hommes que les femmes.

§ V. *Névralgie iléo-scrotale* ou *iléo-vaginale*. Cette névralgie, observée plusieurs fois par *Chaussier*, a son siége dans la branche antérieure du premier nerf lombaire qui se rend au scrotum, après avoir longé les muscles psoas et iliaque. Les phénomènes locaux secondaires sont, le resserrement du scrotum, la rétraction du testicule. La sécrétion de l'urine n'est pas altérée, et ce caractère peut faire distinguer cette névralgie de la néphrite. M. *Delpech* l'a observée sur la femme. La douleur se faisait sentir dans la région lombaire, l'aine droite et la partie postérieure et supérieure de la grande lèvre correspondante; elle se prolongeait dans toute la vulve, le vagin et l'utérus.

§ VI. *Névralgie lombaire*. On n'en a qu'une seule observation, recueillie par M. *Coussays* (Ouv. cité.) Selon lui, une petite fille de dix ans éprouvait depuis plusieurs années une douleur dans le flanc gauche, et s'étendant le long de la branche postérieure du premier nerf lombaire. Cette douleur revenait par accès violens, toujours accompagnés de vomissemens, quelque fois suivis de diarrhée, avec céphalalgie et fièvre. Cette affection céda à l'em-

ploi des antispasmodiques, des fomentations et des linimens calmans ; à l'ammoniaque administré en frictions. Quelques médecins pensent que cette maladie était plus vraisemblablement une néphrite ou une inflamation de l'urètre qu'une névralgie.

§ VII. *Névralgie spermatique*, décrite par M. *Barras*, qui l'observa sur un homme âgé de trente ans. Elle était caractérisée par des douleurs intermittentes à la partie inférieure du cordon spermatique et à l'épididyme gauche, et qui s'étendaient à la fesse, à la cuisse, à la jambe au bas-fond de la vessie et à l'urètre, occasionnant de fréquens besoins d'uriner et de cuisantes émissions d'urine. Ces douleurs furent suivies de l'inflammation du testicule, de perte du sommeil et d'amaigrissement. Cette névralgie, après avoir résisté à diverses méthodes de traitement, céda à deux applications de moxa sur le trajet du cordon spermatique. Ainsi que la précédente, cette névralgie n'est pas indiquée dans la Table synoptique de *Chaussier*.

§ VIII. *Névralgie cubito-digitale* (*nervosa cubitalis ischias*), observée un grand nombre de fois par *Cotugno*. Elle a son siége dans le nerf cubital. La douleur commence à l'endroit du coude où ce nerf passe sous l'épitroklée de l'humérus. Elle se fait sentir tout le long du bord cubital de l'avant-bras et de la main, et à la face dorsale de celle-ci. Selon quelques observateurs, les paroxysmes ont lieu ordinairement la nuit ; souvent pendant l'accès, le malade tient le bras élevé, serre fortement avec la main saine celle qui est engourdie, et témoigne une anxiété extrême.

§ IX. *Névralgie fémoro-prétibiale*. Ch., sciatique antérieure, (*ischias nervosa antica*, Cotugno.) Cette névralgie a son siége dans le nerf crural antérieur ; la douleur s'étend de l'aine à la face antérieure de la cuisse et à la partie interne de la jambe, à la malléole interne, à

la face dorsale du pied, et aux nombreuses ramifications de la branche tibio-cutanée. Selon *Chaussier*, cette névralgie, qui, du reste, n'est pas très-commune, est une des plus rebelles au traitement.

Le mot *ischias* dont s'est servi *Cotugno* pour désigner cette affection est d'origine grecque et très-ancien; il a été employé par *Caton* et par *Pline*.

§ X. *Névralgie fémoro-poplitée* (sciatique, *ischias nervosa postica*). C'est, de toutes les névralgies, celle qui a le plus occupé les médecins. Pendant long-temps ils en ont ignoré la véritable nature, et l'ont confondue avec d'autres maladies. Ils donnaient le nom de *sciatique* tantôt à un rhumatisme ou à une tumeur blanche de la hanche; tantôt à toute douleur très-vive placée dans l'articulation coxo-fémorale ou le long de la cuisse. Les uns établissaient le siége de cette douleur dans les muscles ou dans les os, d'autres dans les parties tendineuses et membraneuses : ceux-là, mais vaguement, dans les nerfs; ceux-ci dans les ligamens de l'articulation de la hanche ou dans les glandes synoviales. C'est *Cotugno* qui débrouilla ce chaos, et c'est *Chaussier* qui, substituant à un nom peu caractéristique une dénomination propre à faire connaître le siége de cette affection, l'a rapportée au genre des névralgies. Elle a son siége dans le nerf crural postérieur. La douleur part le plus ordinairement de l'échancrure ischiatique, et delà se répand avec les ramifications du nerf au sacrum, à la face poplitée de la cuisse, où elle est le plus intense, et se propage sur le bord péronier de la jambe jusqu'à la face dorsale du pied. Quelquefois la douleur se propage des orteils à la région supérieure de la cuisse. Quand l'affection est récente, la douleur est habituellement continue, et n'offre que de légères rémissions; mais elle devient intermittente et irrégulière quand elle est chronique. Lors du paroxysme, le membre est agité de crampes ou de tremblemens; souvent il devient livide, et toutes les veines se gonflent singulièrement lorsque le malade s'appuie sur le sol. On observe moins souvent

la névralgie fémoro-poplitée chez l'homme que chez la femme ; elle n'est pas plus fréquente à un membre qu'à un autre, et les deux membres en sont rarement atteints à la fois : cependant *Pinel* a rapporté un exemple très-remarquable de ce cas rare. Au nombre des effets secondaires de cette névralgie, quand elle est très-intense, il faut compter la claudication, l'émaciation progressive des membres, particulièrement de la jambe, et une sorte de paralysie des muscles de cette extrémité.

§ XI. *Névralgie plantaire.* Elle a été observée une seule fois par *Chaussier* chez une femme âgée. La douleur était bornée à l'étendue du nerf plantaire du pied gauche ; elle était très-vive, irrégulière, plus intense le soir et pendant la nuit. Après avoir duré plusieurs mois, elle cessa tout à coup sans cause apparente, et fut remplacée par une névralgie sous-orbitaire, qui désorganisa tellement les dents, qu'elles tombèrent en éclats ; la névralgie de la face ayant disparu à son tour, on vit reparaître la névralgie plantaire.

§ XII. *Névralgies anomales.* Chaussier a placé parmi les névralgies anomales toutes les douleurs qui existent dans une partie quelconque sans inflammation et sans état fébrile. Ainsi les céphalalgies opiniâtres, les vertiges, les douleurs à l'œil, les paralysies des parties éloignées, effets d'une contusion aux tégumens de la tête ; les douleurs au cou, effets d'une contusion à l'occiput, ont été rangées parmi les névralgies de cette espèce. Il en est de même des affections douloureuses ou spasmodiques survenues plus ou moins promptement à la suite de la section incomplète ou de la déchirure d'un nerf dans un cas de blessure, de la piqûre d'un filet nerveux dans la saignée du bras, du pied ou de la jugulaire, ainsi que *Bosquillon* en a rapporté deux exemples remarquables. *Chaussier* range parmi les névralgies anomales les douleurs vives, irrégulières et chroniques produites par un tubercule ou ganglion situé dans l'épaisseur de la peau ou du tissu cellulaire sur

le trajet d'un nerf. Ces douleurs partent constamment de ce point comme d'un centre, et se propagent plus ou moins loin, suivant les ramifications du nerf affecté.

Outre les névralgies dont je viens de faire la longue énumération, plusieurs douleurs peuvent encore être rapportées à ce genre d'affection. De ce nombre est la douleur d'oreille, décrite par M. *Itard*, sous le nom d'*otalgie*, dont le caractère est celui des névralgies, et qui diffère essentiellement de la douleur qui résulte de l'otite. Quand l'accès est intense, les yeux sont rouges, et il existe des irradiations douloureuses sur la tempe et la joue, ce qui peut faire présumer que cette névralgie affecte la corde du tympan et le nerf acoustique; elle est ordinairement accompagnée de tintement d'oreilles et de surdité passagère. Enfin, bien que les auteurs n'aient point encore signalé et décrit de névralgie des nerfs cervicaux, à l'exception des cas dont a parlé *Bosquillon*, on peut admettre qu'il y en a autant d'espèces qu'il y a de nerfs, ce qui sera très-probablement mis hors de doute avec le temps par de nouvelles observations.

Durée. Rien n'est plus indéterminé que la durée de cette maladie : elle peut varier depuis quelques jours, quelques mois, jusqu'à plusieurs années. Quand la maladie se reproduit au bout de quelques jours, elle ne peut être considérée comme une rechute; ce n'est qu'une attaque de la même maladie. Le plus habituellement elle devient chronique, alors elle dure des années, et trop souvent elle n'a de terme que celui de la vie. Si l'on a seulement égard aux accès, leur durée varie depuis quelques secondes jusqu'à une ou plusieurs minutes; rarement on a vu l'accès se prolonger pendant une heure. On a remarqué que plusieurs causes augmentent la fréquence des attaques, comme un régime excitant, des médicamens trop actifs, des émotions vives, etc. Il suffit quelquefois pendant l'accès du plus léger attouchement sur la partie affectée pour exaspérer la douleur, ou pour la rappeler pendant la rémission.

Terminaison. Quelquefois la maladie cède au traitement après un certain nombre d'accès, et le malade recouvre entièrement sa santé première. Rarement on vu a la névralgie cesser d'elle-même; mais quand cette terminaison a lieu, elle peut être subite ou graduelle. On observe dans ce dernier cas quelques phénomènes qu'on peut regarder comme critiques, tels sont : une sueur abondante, une urine sédimenteuse, accompagnée de strangurie (*Leidenfrost*); une hémorrhagie nasale, utérine, intestinale; le retour de différentes évacuations dont la suppression avait causé la névralgie. *Leidenfrost* l'a vue disparaître par le retour d'un rhumatisme, d'une goutte; par une éruption vésiculaire, érythémateuse et autres exanthèmes qui s'établissent à la surface de la partie névralgiée, et qui n'existaient pas avant que la névralgie parût. Bien que les névralgies ait rarement une terminaison funeste, cependant la continuité de cette affection douloureuse semble porter atteinte à l'action nerveuse qui préside à la nutrition. Il survient du trouble dans la digestion et les sécrétions, d'où résultent quelquefois l'anorexie, des nausées, un œdème général ou local, le marasme et la mort. M. *Coussays* l'a vue se terminer par une métastase subite sur le péritoine, suivie d'une inflammation intense et promptement mortelle.

Complications. Barthez et d'autres observateurs nt ovu la névralgie se compliquer avec la goutte et le rhumatisme. M. *Coussays* cite un exemple de complication avec le scorbut, qu'il eut occasion d'observer chez une femme très-âgée traitée à la Salpétrière. Cette affection peut encore être compliquée d'une phlegmasie, d'une fièvre, d'une autre névrose, de syphilis, indépendamment de tous les accidens auxquels sa durée peut donner lieu. On a vu plusieurs fois la névralgie alterner avec d'autres maladies : l'exemple le plus remarquable que je puisse citer est celui rapporté par *Leidenfrost*, d'un exanthème psorique au dos alternant avec une névralgie sous-orbitaire.

Anatomie pathologique. Comme dans presque tous les cas de névroses, les recherches anatomiques n'ont point encore fourni de données bien positives sur la nature des névralgies. Cette affection n'étant presque jamais mortelle par elle-même, il s'est présenté peu d'occasion de faire des observations d'anatomie pathologique, et celles recueillies jusqu'à présent ne sont pas assez multipliées pour qu'on puisse en tirer des conséquence rigoureuses et générales. Aussi ignore-t-on à peu près complètement si cette lésion nerveuse résulte d'une altération de la pulpe nerveuse seulement, ou du névrilème exclusivement, ou de l'un et de l'autre en même temps, et quelle est la nature de cette altération. *Cotugno* prétendait que l'enveloppe du nerf était primitivement enflammée, qu'il y survenait ensuite une sorte d'œdématie, une infiltration séreuse, *hydrops extimarum nervi vaginarum ;* que cette sérosité était une matière âcre, qui, déposée dans le nerf, irritait ses filets et paraissait être la cause de la douleur. Dans un cas de névralgie intercostale, *Siebold*, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire, a trouvé le nerf amaigri et rougeâtre. *Cirillo* a rencontré chez un individu atteint de névralgie le nerf épaissi et endurci. *Bichat* a vu les vaisseaux qui se distribuaient sur le nerf sciatique d'un sujet névralgié, un développement considérable, une sorte de dilatation variqueuse; mais cette dilatation n'était-elle pas plutôt l'effet que la cause de la névralgie? M. *Vandekeer* a aussi observé une injection vasculaire très-prononcée sur le nerf fémoro-poplité ; elle était bornée au névrilème, disposée par plaques ovales, rondes, assez régulières ; la matière médullaire était d'un gris sale et sans élasticité. Le même observateur a également remarqué dans d'autres circonstances, chez des sujets qui avaient été affectés de névralgies chroniques, la substance nerveuse endurcie, noueuse, offrant sous le doigt une série de granulations dures, rénitentes, fibro-celluleuses, séparées par une pulpe mollasse, déliquescente, d'un gris rougeâtre; le névrilème, opaque et blanchâtre extérieurement, était épaissi et rouge à l'intérieur. Mais le plus souvent le nerf

affecté n'offre après la mort aucune altération perceptible, ainsi que *Desault* et *Cooper* s'en sont assurés. M. *Rousset* trouva le nerf sciatique dans l'état normal chez une vieille femme qui, pendant quarante ans, avait été tourmentée par une névralgie sciatique très-douloureuse. A la vérité, dans quelques cas, M. *Martinet* a trouvé les nerfs rouges, leur névrilème injecté, infiltré de sérosité limpide, purulente ou sanguinolente avec augmentation du nerf induré ou ramolli. Ces dernières altérations indiquent bien évidemment le résultat d'une phlegmasie; aussi M. *Martinet*, ayant réuni plusieurs observations semblables, a-t-il cru pouvoir en former des *névrites*, des *névrilémites*.

Diagnostic. On reconnaîtra toujours une névralgie aux caractères suivans, qui en sont vraiment les signes pathognomoniques : 1°. au siége de la douleur, qui est toujours un tronc ou une branche nerveuse; 2°. au mode d'irritation par lequel se propage la douleur : elle suit constamment la direction des nerfs et de leurs ramifications; 3°. enfin à l'absence de tuméfaction, de rougeur, de chaleur et de tension.

Prognostic. Le jugement à porter sur la névralgie est très-incertain. Il est dans tous les cas très-difficile de prononcer au premier abord si elle est curable ou non. En général, il faut porter un prognostic très-grave des névralgies bien caractérisées, et annoncer au malade des douleurs longues et cruelles. Toutefois il est prudent de soutenir son courage par l'espérance d'une guérison parfaite, mais dont l'époque ne peut être fixée.

Une névralgie récente est plus facile à guérir qu'une névralgie ancienne. La périodique régulière cède plus facilement que l'atypique. Celle dont les accès sont instantanés, mais rapprochés, est en général très-opiniâtre; elle est grave chez les vieillards, chez les individus d'une constitution faible et irritable, chez les femmes hystériques,

les hypochondriaques et les mélancoliques; elle l'est moins chez les adultes jouissant d'ailleurs d'une bonne constitution. On a observé qu'elle était constamment opiniâtre chez ceux qui mènent une vie oisive et sédentaire, chez ceux qui sont continuellement exposés aux influences atmosphériques propres à produire la maladie. Le prognostic est moins fâcheux quand la névralgie dépend de la suppression d'une hémorrhagie habituelle, d'un exutoire ou de la répercussion d'un exanthème cutané. Elle est très-rebelle quand elle est le résultat d'une disposition arthritique ou rhumatismale. Le prognostic varie encore selon le siége ou l'espèce de névralgie. Celle de la face est la plus fâcheuse de toutes : la grande sensibilité de cette partie et la fréquence de ses mouvemens en sont la cause. Selon *Cotugno*, la névralgie fémoro-poplitée est plus rebelle que la prétibiale.

Traitement. Rien ne prouve mieux combien les idées des médecins ont varié sur la névralgie que le grand nombre de moyens thérapeutiques, plus souvent empiriques que rationnels, auxquels on a eu recours pour la combattre. Je me propose de passer en revue les principaux : ils sont empruntés à l'hygiène, à la pharmacie, à la chirurgie, et même à la physique.

Le médecin fera très-sagement de rechercher avec attention les causes qui ont pu produire la névralgie, et de les combattre directement, ou d'y soustraire son malade, s'il s'y est encore exposé : *sublatâ causâ, tollitur effectus.* Il pourrait être prudent, dans un cas de névralgie récente, de ramener le malade à l'exacte observation des règles de l'hygiène, s'il en avait négligé les sages préceptes. Il est rare que l'on ait maintenant recours aux vomitifs et aux purgatifs : les premiers peuvent cependant convenir, lorsque des signes d'embarras gastrique se sont manifestés, et surtout quand ces signes ont précédé l'invasion de la névralgie; les seconds, particulièrement les laxatifs doux, sont d'une utilité plus fréquente, ainsi que les boissons délayantes. Les purgatifs énergiques ne doivent être donnés que dans une indi-

cation bien prononcée, et les drastiques doivent être entièrement proscrits. L'opium peut être administré lorsque la névralgie est accompagnée de mouvemens convulsifs généraux, d'agitation, d'insomnie, et que les accès sont très-intenses. Dans certaines névralgies anciennes, lorsque le sujet est faible, le quinquina en substance ou le sulfate de quinine peuvent convenir. On associe quelquefois ces substances aux narcotiques ou aux antispasmodiques, quand la névralgie est régulièrement intermittente. Sous ces deux dernières dénominations, on a proposé, contre la névralgie, une foule de médicamens plus ou moins actifs, qu'on a administrés à l'intérieur; tels sont la valériane, l'aconit, la jusquiame, le stramonium, la ciguë, l'écorce d'angusture. les feuilles d'oranger, la laitue vireuse, en extrait, en poudre ou en infusion; l'assa-fœtida, le castoréum, le musc, l'éther, l'oxyde de zinc, l'acide hydrocyanique, etc., etc. Les pilules de *Méglin* ont été administrées avec succès. On a préconisé tour à tour l'arnica, les antimoniaux, la résine de gayac, les diurétiques, etc. On doit peu s'étonner que le traitement des névralgies ait été livré à l'empirisme, puisque la nature de ces affections est encore entourée d'un profond mystère. L'huile essentielle de térébenthine, administrée à l'intérieur, a été vantée d'abord en Angleterre et en Allemagne, puis recommandée en France par M. *Récamier*, et très-récemment encore par M. *Martinet*. Quelques médecins en ont adopté l'usage; d'autres trouvent qu'on en a beaucoup exagéré les avantages. Les bains d'eau tiède, et même ceux d'une température un peu plus élevée que celle du corps ont été préconisés. Ce moyen de calmer a réussi dans plusieurs cas graves de névralgies. L'eau froide appliquée sur le siége de la douleur a procuré parfois un soulagement momentané : *Fouquet*, qui en conseille l'usage, a obtenu le même résultat de l'emploi de la glace. De nombreuses observations recueillies dans ces dernières années ont fait voir que des applications réitérées de sangsues, de ventouses scarifiées sur le siége de la douleur et pendant l'accès l'ont souvent fait disparaître. Les bons effets des saignées locales ont

été quelquefois secondés par l'application des cataplasmes narcotiques et par les fumigations aqueuses. Si la saignée générale est habituellement peu efficace dans les névralgies, à l'exception des cas où l'individu est pléthorique et où il existe des symptômes d'une excitation générale, elle paraît avoir été particulièrement suivie de succès dans la névralgie sciatique. M. *C. P. Ollivier* dit avoir vu plusieurs fois des accès de névralgie faciale suspendus ou diminuer d'intensité par l'application immédiate sur la peau d'un morceau de taffetas ciré recouvert de laine chaude. Dès le début de l'affection, on a quelquefois fait un usage avantageux des frictions, soit avec le liniment opiacé et camphré, soit avec le baume nerval ou le baume tranquille. Dans ces derniers temps, le docteur *Todd*, M. *Henry*, chirurgien anglais, et M. *Claret* ont obtenu d'heureux résultats de l'administration de l'extrait de belladone en frictions dans un cas de névralgie sus-orbitaire qui avait résisté aux sangsues, aux antispasmodiques et au sulfate de quinine. Dans beaucoup de cas, le même succès a été obtenu par l'emploi des révulsifs. L'huile essentielle de térébenthine est de tous les topiques de cette classe celui dont on a fait le plus anciennement usage ; elle s'administre en frictions. Assez souvent on voit les douleurs calmées momentanément à la suite de l'emploi de cette substance; mais elle ne procure pas une cure radicale aussi fréquemment qu'on l'a prétendu. Les frictions sèches avec la flanelle ou une brosse ont plusieurs fois produit un soulagement et même la guérison. M. le professeur *Richerand* a réussi à calmer les accès d'une névralgie plantaire par la rubéfaction des parties douloureuses, déterminée par leur approche d'un brasier ardent. Quelques médecins ont cité des cures obtenues par l'usage de douches d'eaux thermales salines ou sulfureuses. *Pouteau* a proposé une douche sèche de sable préalablement chauffé. L'électricité, employée de diverses manières dans les névralgies, a donné des résultats peu satisfaisans : le seul mode d'administration qui ait paru apporter du soulagement dans quelques cas est celui par étincelles. Les plaques d'acier aimanté appliquées par *Thou-*

ret sur le siége du mal n'ont procuré qu'un soulagement faible et momentané. Le magnétisme animal a aussi été assayé : il exerce, selon quelques personnes, l'influence la plus avantageuse sur les névralgies. Il est permis, sans être trop incrédule, de douter de l'efficacité de ce dernier remède.

Mais des moyens d'une énergie plus prononcée ont été employés dans des cas de névralgie rebelle. La vésication simple ou suivie d'une suppuration plus ou moins abondante a été mise en usage. C'est particulièrement dans la névralgie sciatique que *Cotugno* en a conseillé l'application, et il indique comme lieu d'élection la partie supérieure et externe de la jambe. Si la névralgie ne disparaît pas dès les premiers jours, on doit entretenir la suppuration, mais sans irriter la surface ulcérée; car une application trop irritante réveille la douleur et en accroît l'intensité : c'est surtout quand la névralgie est chronique que ces précautions doivent être prises. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. le professeur *Dupuytren*, le vésicatoire volant opérer la guérison d'une névralgie fémoro-poplitée récente, mais très-intense. Le moxa, plus rarement employé que la vésication, a fait cesser subitement la douleur, et l'a suspendue pendant deux mois chez un malade à qui M. *Bourdier* l'avait fait appliquer également dans un cas de névralgie fémoro-poplitée. La suppuration du tissu cellulaire, dans une partie éloignée du siége du mal, par le séton ou par le cautère, n'a produit le plus souvent qu'un soulagement momentané. Le cautère établi sur le siége du mal, à l'aide d'un caustique, a réussi à *André* dans un cas où la section du nerf avait été inutile. Ce dernier moyen, employé pour la première fois par *Maréchal*, a été depuis pratiqué par plusieurs chirurgiens célèbres; mais, ainsi que le fait observer M. *Ch. Bell*, il ne faut en faire usage qu'avec une extrême réserve, parce qu'on peut faire succéder à la douleur une paralysie partielle. Si la maladie est occasionnée par la présence d'un corps étranger ou d'une tumeur qui irrite un cordon nerveux, l'extraction du corps étranger ou l'ablation de la tumeur font ordinairement ces-

ser la douleur. Enfin, dans ces derniers temps, des observations nombreuses recueillies par M. *J. Cloquet*, et confirmées par plusieurs autres praticiens, ont fait considérer l'acupuncture comme un des agens thérapeutiques sur lesquels on devait le plus compter pour combattre les névralgies. Il a suffi, dit-on, dans quelques cas, d'une acupuncture de quelques minutes pour faire disparaître une névralgie chronique des plus douloureuses. Il est bien à désirer que l'on ait en effet trouvé un moyen puissant qui pût mettre constamment le praticien à même de triompher de cette redoutable maladie.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Æstate et autumno cibos difficillimè ferunt; hyeme facillimæ; eindè verè. *Sect.* 1, *aph.* 18.

III.

Ubi sumnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

IV.

Multùm et derepentè vacuare, aut replere, aut calefacere, aut frigefacere, aut alio quocumque modo corpus movere, periculosum est: omne si quidem multum naturæ inimicum. Quod verò paulatìm fit tutum est; tùm aliàs si quis ex altero ad alterum transeat. *Ibid.*, *aph.* 51.

V

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

VI.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

ESSAI

N° 191.

SUR

LES PNEUMATOSES

DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 *août* 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR S. CART, de Morges,

Suisse.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Président.* BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs.	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois, *Examinateur.*	Rochoux, *Suppléant.*
Gaultier de Claubry, *Examinateur.*	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NAUCHE,

Médecin consultant des jeunes Aveugles;

Dont les conseils et les lumières m'ont été si utiles pendant tout le cours de mes études.

S. CART.

ESSAI

SUR

LES PNEUMATOSES

DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

On donne le nom de *pneumatose* (1), en général, à l'accumulation des gaz dans les organes. Par *pneumatose des organes génitaux de la femme*, il faudra donc entendre l'accumulation des gaz dans ces mêmes organes : c'est de ces derniers seulement que nous nous occuperons.

Ces pneumatoses se présentent sous deux formes distinctes, selon qu'il y a émission sans rétention de durée appréciable, c'est l'*œdopsophie* (2) de quelques auteurs (*garrulitas vulva*), elle consiste dans une émission gazeuse par le vagin. La deuxième forme, et la plus importante, consiste dans la rétention des gaz dans l'utérus, et est con-

(1) Pneumatose, de πνεῦμα, *aër*.

(2) Œdopsophie, de αἰδοια, *pudenda*, et χοφεω, *peditum edo*. Elle est comprise dans les *fluxus*, neuvième classe de *Sauvages*.

nue sous les noms de *tympanite de l'utérus*, *inflatio uteri*, *physomètre* (1), *grossesse venteuse*, *mole venteuse*.

L'*Œdopsophie* est plutôt une incommodité qu'une véritable maladie, elle ne présente aucun danger par elle-même.

Les gaz peuvent se développer dans la matrice par une des causes que nous indiquerons plus bas ou dans le vagin lui-même : ils peuvent aussi venir du rectum par une fistule, les gaz ayant alors plus de facilité à passer par le vagin qu'à franchir les sphincters de l'anus. Le plus souvent ils n'ont pas d'odeur. Ils peuvent sortir avec bruit et sans bruit. Cette affection, au rapport de *Franck*, est plus fréquente qu'on ne pense, une espèce de honte empêchant les femmes d'en avertir le médecin. Le bas-ventre étant comprimé, le tronc étant fléchi en avant, les femmes sont exposées à rendre des vents par le vagin; elles peuvent en rendre aussi dans le coït, et même dans le repos le plus parfait.

On cite pareillement des hommes qui en rendaient par le pénis.

On a vu des femmes dans des accès de colère ou de jalousie donner lieu subitement à une formation et à un dégagement de gaz.

La *physomètre* est une tumeur légère et élastique de la matrice, résonnant comme un tambour et permanente pendant un temps plus ou moins long, et c'est en cela qu'elle diffère de l'œdopsophie.

Les auteurs anciens regardaient les maladies venteuses comme presque toujours idiopathiques; mais maintenant, sans rejeter absolument cette opinion, on pense généralement que, dans la grande majorité des cas, elles ne sont que l'effet d'une autre maladie. Les causes les plus bizarres ont été successivement proposées pour expliquer la formation des gaz : les progrès des sciences en ont fait justice.

Voici, d'après M. *Chomel*, cinq chefs de causes auxquels on peut rattacher toutes les autres.

---

(3) Physomètre, de φυσα, *gas*, et μήτρα, *matrica*. Elle fait partie des cachexies de *Sauvage*, dixième classe.

1°. L'air atmosphérique peut s'introduire dans l'intérieur du corps, soit par une voie accidentelle (*pneumatose traumatique*), soit par les ouvertures naturelles; c'est ainsi qu'il peut pénétrer dans le vagin, car les grandes lèvres ne sont jamais exactement fermées quoiqu'elles le paraissent au toucher : l'orifice utérin s'ouvre pour l'écoulement périodique, pour celui des flux morbides. Un pessaire, l'habitude de la masturbation, le coït, la conception même, peuvent laisser pénétrer une certaine quantité d'air.

2°. La décomposition d'un corps quelconque dans l'utérus; c'est ce que prouvent les fœtus et les placentas putréfiés, et les divers amas de sang renfermés dans ce viscère.

3°. Un obstacle mécanique, comme un squirrhe du col utérin, s'opposant à la sortie des gaz que l'utérus contient dans sa cavité.

4°. La perforation d'un organe contenant de l'air et aboutissant dans l'utérus.

5°. Enfin, dans quelques cas, on ne peut nier que les gaz ne soient le produit d'une exhalation morbide.

Daprès ces causes, on peut déjà préjuger que les pneumatoses utérines sont plus fréquentes pendant le temps de la grossesse, si la femme est en proie à des hémorrhagies passives, à des flueurs blanches, à des ulcères vénériens. Dans cet état, le col de l'utérus restant béant, l'air peut s'insinuer entre les membranes et le fœtus, et l'on conçoit que si un spasme, un caillot de sang, un amas de mucosités, une chute de la matrice, un déplacement de cet organe, ou toute autre cause ferme l'orifice de l'utérus, le fluide se raréfie, distende les parois qui le contiennent, et se fasse issue tôt ou tard, entraînant même avec lui le produit de la conception.

Cette maladie a été plus souvent observée sur les femmes qui avaient eu des enfans que sur les jeunes filles. L'âge de quarante à cinquante ans et le tempérament nerveux y paraissent plus sujets. *Sauvages* cite l'exemple d'une femme hystérique qui chaque mois voyait se renouveler sa physomètre, qui disparaissait peu de temps après l'écoulement menstruel.

Les auteurs ont distingué les pneumatoses en *sèches* et en *humides*. Les premières ne contiennent que des gaz et ne dépassent guère le volume d'une grossesse de deux à trois mois ; sa durée n'a rien de fixe, mais ordinairement elle n'est pas longue : c'est la tympanite fausse ou fugace. Une autre variété est la permanente ou vraie : celle-ci a été rarement observée.

La physomètre humide est celle qui, outre les gaz, contient une quantité plus ou moins considérable de liquide ou séreux ou clair, ou trouble, bourbeux, fétide : c'est cette espèce qui acquiert les dimensions les plus considérables, et qui en impose le plus souvent pour la grossesse. On devrait la distinguer de la précédente par le poids, la masse et la fluctuation ; mais en pratique il existe réellement de la difficulté. *Astruc* prétend même que, dans le plus grand nombre des cas, il est impossible de les distinguer.

On peut rapprocher de la physomètre humide deux autres variétés rapportées par *Franck*. Il dit qu'un médecin de Lorraine a fait connaître le cas d'une mole flatulente qui s'échappa avec vitesse de l'utérus, et tomba sur le sol en bondissant comme un ballon. Il dit encore qu'une dame hollandaise, depuis long-temps affectée de pertes, rendit une masse charnue parsemée de vésicules dont les unes contenaient de la sérosité safranée, les autres du vent.

La pneumatose utérine s'annonce par de la gêne, de la tension dans la région hypogastique; la malade accuse des douleurs qui partant de l'utérus s'irradient vers les aines et les lombes; le plus souvent les règles sont supprimées, quelquefois cependant elles continuent à couler. Bientôt en examinant avec soin les parties, on reconnaît une tumeur, petite, arrondie, tendue, qui s'élève graduellement au-dessus des pubis, se dirige vers l'ombilic, et peut même le dépasser. Cette évolution est souvent accompagnée de soif, d'horripilation et d'une fièvre légère, qui presque toujours augmente le soir. Quelquefois les douleurs sont très-vives et s'étendent jusqu'au diaphragme; alors il y a gêne de la respiration, anorexie; la malade ne peut faire aucun mouvement, elle devient paresseuse, et il n'est pas

rare de voir cette turgescence de l'utérus exciter des phénomènes sympathiques du côté des seins, qui se gonflent, et peuvent même sécréter une lymphe laiteuse.

Dans cet état, la sortie de quelques gaz par la vulve apporte du soulagement; une émission abondante dissipe tous les symptômes de cette maladie. Cette émission peut se faire à des époques très-variées ou peu de temps après la formation des gaz ou quelques mois après. Il est rare cependant que les gaz soient retenus au-delà de cinq ou six mois. C'est alors que, les règles ne revenant pas, les femmes se croient enceintes, et cela d'autant plus que les incommodités sont souvent les mêmes que celle de la grossesse.

La pneumatose utérine dans son état de simplicité ne paraît pas offrir beaucoup de difficultés dans son diagnostic. Il est clair, en effet, que si elle se présente sur une femme qui ne serait pas dans les conditions propres à concevoir, qu'elle se fût développée très-rapidement, que la percussion donnât le son du tambour, et que le doigt introduit dans le vagin permît de sentir une tumeur légère, sans changement dans le col de l'utérus, ce cas ne présenterait pas de difficultés; mais il en est bien rarement ainsi, et les circonstances peuvent jeter beaucoup d'obscurité sur le diagnostic. Des personnes de l'art s'y sont laissé tromper. C'est ainsi que *Franck* parle de deux dames depuis long-temps stériles qui furent enfin jugées enceintes par des accoucheurs expérimentés; mais elles ne rendirent que du vent. Ce n'est guère que pendant les trois à quatre premiers mois qu'on pourrait confondre la pneumatose utérine avec la grossesse, car plus tard, le peu de changement qu'éprouve le col de la matrice, le développement du ventre, qui ne se fait pas suivant la manière régulière de la grossesse, l'absence du ballottement, les signes négatifs donnés par le stéthoscope ou le métroscope de M. *Nauche*, et les différences souvent journalières dans la forme ou la grosseur du ventre, joints à la légèreté de la tumeur, ne permettent pas souvent de rester dans le doute.

Les maladies avec lesquelles la tympanite utérine pourrait être

confondue ne laissent pas d'être assez nombreuses, et peuvent être divisées en trois séries, 1°. suivant qu'elles consistent dans l'augmentation de l'utérus lui-même, soit par cause de grossesse, d'hydropisies, d'hydatides, d'accumulation de sang, de polypes, de moles, de squirrhe et d'hystérie. La seconde renfermerait les changemens morbides survenus dans les appendices de l'utérus, et ici se placent les squirrhes et l'hydropisie des ovaires, les grossesses ovariennes et tubaires. La troisième contient la foule des maladies hétérogènes de l'abdomen, telles que l'ascite, les tympanites intestinale et péritonéale, les collections de pus, les tumeurs du mésentère, de l'épiploon et des parois de l'abdomen. C'est ici qu'il faut faire la plus grande attention dès le commencement de la maladie, et rarement alors on sera exposé à commettre des méprises ridicules ou funestes.

L'hydromètre se trouve souvent réuni avec la physomètre, elles peuvent se précéder et se succéder réciproquement. M. *Portal* dit que ces permutations sont d'autant moins étonnantes, que ces maladies paraissent provenir des mêmes causes, mais à des degrés différens; ceux de la pneumatie seraient moindres, mais venant à augmenter, l'hydrométrie viendrait; celle-ci cessant, la pneumatie apparaîtrait. La disposition du sujet peut faire aussi que l'une vienne plus tôt que l'autre; mais les causes premières nous échappent. Quoi qu'il en soit, les considérations suivantes serviraient à faire distinguer ces deux affections. Dans l'hydromètre, le développement du ventre se fait peu à peu, tandis que dans la physométrie il est presque toujours subit. Dans la physométrie, après une légère pression du bas-ventre, on peut sentir une espèce de fluctuation, mais qui est plus élastique et se rétablit plus vite que dans l'hydropisie; de plus, dans la physométrie il y a presque toujours des borborygmes et divers symptômes d'hystérie, cause très-commune de cette maladie, que la femme soit mariée ou non. Dans les cas où l'utérus serait occupé par l'eau et l'air tout à la fois, *Franck* dit que les gaz occupent la partie supérieure de la tumeur, et qu'en faisant changer de position à la malade, la tumeur change de forme en produisant un gargouillement,

et qu'en l'embrassant à deux mains, on a la sensation d'une vessie pleine d'air, résonnant en haut et non en bas.

La nature et la composition des gaz ne sont pas connues; on n'a pu jusqu'à présent que tirer des inductions de l'odeur et de la couleur communiquées par eux à la flamme d'une chandelle. On sait, en effet, que *Leduc* entraînant avec le crochet le corps gangréné d'un fœtus, il s'échappa avec impétuosité de la vulve un gaz d'odeur de soufre, qui brûla en produisant une flamme de couleur violette. Si l'occasion se présentait, et peut-être ne sera-ce jamais, on pourrait les recueillir par le moyen d'un entonnoir surmonté d'un long tube flexible ou tout autre instrument pareil, et les soumettre à l'analyse.

La pneumatose utérine ne présente pas de gravité par elle-même; ce ne serait que par les circonstances, comme la putréfaction d'un fœtus ou d'un placenta, des ulcères, etc. La conception ne peut pas avoir lieu pendant la physométrie, mais rien ne l'empêche après qu'elle a disparu; peut-être qu'à la longue, l'air contenu pourrait dessécher et durcir la membrane interne, le liquide l'altérer aussi et nuire à la fécondité. Cependant on peut la porter long-temps sans incommodité notable.

Un chirurgien anglais a vu une femme sujette à l'œdopsophie, et dont l'utérus et le vagin n'ont présenté aucune altération : ce même auteur a rapporté trois autres cas semblables.

Un médecin allemand, cité par *Franck*, parle de deux femmes affetées de physométrie et de flueurs blanches depuis plusieurs années : la matière ichoreuse excoria le vagin et la vulve. A différentes époques elles se plaignirent d'anxiété et de ténesme dans l'utérus, et de douleurs qui se dirigeaient vers les aines et dans le vagin : elles se terminèrent par une abondante explosion de gaz, qui sortirent par le vagin avec violence; ils étaient suivis de l'écoulement de matières ichoreuses et brûlantes. Après la mort, on trouva la matrice développée, dure, élastique, remplie de gaz, dont l'odeur fit tomber en défaillance un des assistans, et lui fit vomir des matières érugineuses. L'intérieur de l'utérus était ulcéré, l'orifice endurci, et corrodé dans la partie

correspondante à l'utérus. Sur l'autre cadavre, l'orifice utérin était fermé par un caillot d'une consistance polypeuse.

Un fait d'anatomie pathologique remarquable est celui arrivé à *Baudelocque*. Comme il se disposait à faire l'autopsie d'une femme morte dans le travail, une explosion de gaz eut lieu par la vulve, et le fœtus fut poussé au-dehors. Ce fait n'est pas unique dans les Annales de la science.

La pneumatose utérine dépendant d'une foule de causes très-différentes, on doit d'abord s'attacher à les reconnaître. Dépend-elle d'un fœtus, d'un placenta, ou de caillots de sang restés dans l'utérus, l'exemple de M. *Deneux* nous apprend ce qu'il faut faire. Ce professeur, appelé cinq jours après l'accouchement auprès d'une femme dont les lochies étaient devenues très-fétides le troisième jour, et avaient été supprimées le quatrième, il la trouva dans un état comateux, accompagné de turgescence de la face et de difficulté extrême de la respiration ; le ventre était tendu, et résonnait comme dans la tympanite intestinale : le toucher lui fit reconnaître qu'un caillot fibrineux occupait l'orifice de l'utérus. A peine ce caillot fut-il déplacé, qu'un gaz infect fit explosion par la vulve ; le ventre diminua aussitôt de volume ; il s'affaissa complètement, lorsque, par une nouvelle tentative, le caillot eut été entraîné, et avec lui de nouveaux gaz et une certaine quantité de sang très-fétide. Au bout de vingt-quatre heures, la malade reprit connaissance, et en peu de jours elle fut hors de danger.

Dans un autre cas, une portion de membrane bouchait l'orifice utérin, et la matrice offrait le volume qu'elle présente ordinairement au quatrième mois. L'extraction du corps étranger fut suivie de l'expulsion d'une assez grande quantité de gaz.

La tympanite est-elle compliquée de polypes ou de corps trop volumineux pour sortir sans secours? on peut, comme le pratique M. le professeur *Dupuytren*, inciser le col de l'utérus, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans. S'il y a fistule ou cancer, on doit employer le traitement de ces maladies.

Un grand nombre d'autres moyens ont été proposés suivant les circonstances. C'est ainsi qu'on a conseillé de ramollir le col par des bains, par des injections, des fumigations et des pessaires émolliens.

Des émissions sanguines peuvent être utiles, si la malade est jeune, forte et pléthorique ; on peut employer aussi des frictions sur le corps de l'utérus. On a aussi beaucoup préconisé l'injection de l'eau de Bath. Lorsqu'on croit le col suffisamment relâché, on a conseillé d'en forcer l'ouverture, soit par des vomitifs, soit en faisant exécuter des sauts à la malade. En introduisant l'éponge et les racines préparées, le doigt, ou même une sonde, l'air étant expulsé, on peut faire, suivant le cas, des injections émollientes, toniques et détersives, selon que la matrice est dans un état d'inflammation, et que le liquide contenu est sanieux et fétide. Dans tous les cas, l'introduction de corps étrangers paraît plus dangereuse qu'utile ; l'on ne doit y avoir recours que dans les cas où il y a certitude qu'il n'y a pas grossesse.

La foule des carminatifs peut être souvent nuisible ; rarement elle sera utile. Le but qu'on se propose, l'indication à remplir, c'est de donner issue aux gaz.

Les gaz expulsés, le médecin devra donner toute son attention à ce qu'ils ne se reproduisent pas, à combattre, si elle existe, la disposition flatulente par les remèdes et le régime convenables.

Je terminerai par une observation que tout porte à intituler tympanite vraie de l'utérus, et qui est très-propre à faire voir les rapports et les différences qu'elle peut avoir avec la grossesse.

Observation sur une pneumatose de l'utérus.

La femme R....., de Paris, âgée de quarante ans, est d'un tempérament très-nerveux. Dès son enfance elle s'est fait remarquer par un penchant très-grand à la mélancolie : son goût était pour la solitude et la retraite ; mais les circonstances lui ont imposé une vie agitée. Née très-faible, elle n'a jamais joui d'une bonne santé ; elle a toujours été sujette à des syncopes et à des constipations fréquentes.

Mariée à dix-neuf ans, elle fit une fausse-couche l'année suivante, à quatre mois et demi; dix-huit mois après, nouvelle fausse-couche à cinq mois et demi; et deux ans après, une troisième à sept mois. Lorsque cette femme était enceinte, elle eut toujours ses règles, mais plus fréquentes et plus irrégulières que dans l'état ordinaire.

Huit ans après, la femme R....., tourmentée par de violens chagrins, tenta deux fois de s'empoisonner; d'abord avec de l'opium, et, peu de temps après, avec du vert-de-gris. Depuis cette époque, elle fut toujours sujette à des douleurs atroces dans la région épigastrique, et qui ne cessaient qu'après une syncope et des vomissemens. Trois ans plus tard, elle fut prise de frissons fréquens; les douleurs épigastriques se représentèrent avec une nouvelle fureur. Du creux de l'estomac jusqu'à l'ombilic, on sentait, au dire de la malade, comme un câble très-fort. Les premiers médecins d'une capitale étrangère déclarèrent qu'elle n'avait pas trois mois à vivre; peu de temps auparavant, d'autres médecins avaient déclaré que son temps critique lui serait fatal. Sur ces entrefaites, cette femme rendit par le fondement, avec des coliques très-fortes, une masse tremblante comme de la gelée, de la grosseur du poing, et qu'elle compare à un morceau de lard, et poreux comme une éponge.

Pendant les quinze jours suivans, transpirations toujours abondantes, toujours à la même heure, mais sans fièvre. Préparatifs de départ pour retourner en France.

Le voyage la fatigua beaucoup; mais la vue de son pays, le séjour au milieu de sa famille, lui donnèrent bientôt un peu de tranquillité, et beaucoup de soulagement à ses maux. Elle n'y était pas depuis quatre mois, que déjà elle avait repris de l'appétit, un peu de force, et un état de santé supportable.

Dans ces circonstances, à la fin de février 1828, cette femme fut prise d'une toux sèche, de pandiculations, de dégoûts, de nausées, de vomissemens, dans lesquels elle ne rendait qu'une eau claire et filante : elle ressentait aussi quelque chose de particulier dans le bas-ventre, dont elle ne pouvait se rendre compte. Faisant des rapproche-

mens avec ce qu'elle avait éprouvé dans ses précédentes grossesses, elle se crut enceinte.

Le mois suivant, les règles devancèrent de huit jours leur époque ordinaire. La malade éprouvait des douleurs, des pesanteurs aux lombes, de légers picotemens aux seins; elle se fatiguait vite. A la moindre apparence de danger, elle portait les mains devant son ventre. A cette époque, elle fut forcée de renoncer aux corsets : sa nourriture consistait uniquement en oseille, salade et oranges. Le col de l'utérus était dans son état ordinaire; le ventre un peu développé.

Au troisième mois, les règles se présentèrent à leur époque, ce qui aurait un peu inquiété la malade, si elle n'eût pas vu grossir son ventre, ses seins et sa taille, et si elle n'eût pas senti dans le bas-ventre des mouvemens semblables à ceux que produiraient des pattes d'araignée. A la fin de ce mois l'appétit revint un peu, mais seulement pour les légumes.

Le quatrième mois les règles reparurent. Huit jours après, la malade étant à la promenade, fut prise subitement de douleurs sourdes dans la région lombaire; elles devinrent bientôt tellement aiguës, qu'elle se crut sur le point de faire une fausse-couche : cette époque est celle de sa première fausse-couche. Au bout d'une demi-heure, les douleurs cessèrent complètement. Le surlendemain elle fut au bain, et là elle sentit distinctement dans le bas-ventre une tumeur de la grosseur d'un petit melon, et en même temps elle sentit un mouvement très-fort. Au toucher, le col de l'utérus était un peu ramolli, mais n'avait pas perdu de sa longueur : le bas-fond était élargi.

Le cinquième mois vit les règles reparaître au jour attendu; les mouvemens devinrent de plus en plus forts et fréquens. Après les repas, la malade était prise de gonflement, et ne pouvait supporter aucun lien.

Les règles revinrent encore dans le sixième mois. La malade avait de continuelles envies de dormir, et à la moindre fatigue physique ou morale, les douleurs abdominales augmentaient. Après une con-

trariété, elle éprouva, comme au quatrième mois, les mêmes douleurs expultrices, mais moins fortes. A la fin de ce mois elle put manger de la viande. Depuis quelque temps elle avait des appétits voraces, et se relevait la nuit pour manger : jamais elle ne s'était si bien portée. Au commencement de ce mois, les mouvemens cessèrent pendant huit jours, et cela l'inquiéta; mais à la fin du mois ils reparurent plus forts et dans une région plus élevée.

Le septième mois les règles reparurent. Touché, le col de l'utérus était un peu ramolli, et n'avait guère perdu que quelques lignes de sa longueur; il était élevé et porté en arrière; la partie inférieure de la matrice était agrandie, mais moins qu'elle aurait dû l'être. Vers le milieu du mois, la malade eut des douleurs aux aines, et remarqua que son ventre diminuait un peu pendant la nuit, et qu'il n'était plus aussi dur à son lever que dans le reste de la journée. Inquiète, elle se fit toucher par une autre personne, qui trouva que le col, très-élevé, n'avait pas assez perdu de ses caractères, et que l'utérus n'était pas assez développé; cependant à travers les parois du ventre elle dit sentir la tête et les pieds de l'enfant. Son avis fut que la femme R..... s'était trompée sur l'époque de sa grossesse, qui, du reste, lui parut bien singulière. La layette était préparée; mais on commençait à concevoir des doutes sur la réalité de la grossesse. Les douleurs se dissipèrent, et à la fin de ce mois, après un long sommeil, quel ne fut pas l'étonnement de cette femme de trouver que son ventre avait totalement disparu : elle ne s'aperçut de rien; elle ne sait comment cela est arrivé.

L'état du pouls et le stéthoscope furent consultés dans le diagnostic de cette maladie; mais ils ne fournirent aucun renseignement. Le ballottement fut cherché en vain; le ventre ne fut guère plus développé que dans une grossesse ordinaire de trois mois et demi à quatre mois; mais il était toujours resté excessivement petit dans les autres grossesses de cette femme : la sonoreïté n'a pu être affirmée : le nombril ne fut pas proéminant.

Quelques jours après, cette femme ayant repris du ventre, fut tout

étonnée d'entendre sortir des vents par la vulve, et de se sentir aussitôt débarrassée de pesanteur et de douleur qu'elle commençait à ressentir aux lombes.

Le col de l'utérus et le bas-fond revinrent à ce qu'ils étaient six mois auparavant ; le ventre continua à augmenter de volume après le repas, mais il resta mou, et on n'y sentit aucune tumeur.

Le mois suivant, les règles revinrent, la santé fut bonne, mais les gonflemens ne passèrent pas. Elle rendit encore une fois ou deux des vents par la vulve en faisant des efforts pour uriner; elle rendit aussi par le même canal à peu près un verre d'une eau claire et limpide. Vers la fin de ce mois, elle perdit pendant quelques jours un peu de matière légèrement sanguinolente ; dès-lors elle ne présenta plus rien de particulier.

Jai revu cette femme il y a peu de temps ; les gonflemens après les repas ont beaucoup diminué, et c'est très-rare quand elle rend un vent par la vulve : elle se trouve bien, et elle dit que de sa vie elle n'a joui d'une aussi bonne santé.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I

A repletione quicumque fiunt morbi, evacuatione sanantur; et quicumque ab evacuatione, repletione; sicque aliorum contrarietas. *Sect.* 2, *aph.* 22.

II.

In temporibus, quando eadem die modo calor, modo frigus fit, autumnales morbos expectare oportet. *Sect.* 3, *aph.* 4.

III.

Ophthalmiâ laborantem alvi profluvio corripi bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

IV.

Si quis febricitanti cibum det convalescenti quidem, robur; ægrotanti vero, morbus fit. *Sect.* 7, *aph.* 65.

V.

Ex morbo diuturno, alvi defluxus, malum. *Sect.* 8, *aph.* 5.

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

ESSAI

N° 192.

SUR

LA DIPHTHÉRITE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ACHILLE BERTRAND DE LHOSDINIÈRE, de la Carneille,

Département de l'Orne.

Ars tota in observationibus.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Président.* / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois, *Examinateur.*	Rochoux, *Suppléant.*
Gaultier de Claubry, *Examinateur.*	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend le leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MA MÈRE.

A. BERTRAND DE LHOSDINIÈRE.

ESSAI

SUR

LA DIPHTHÉRITE.

La diphthérite se montre à la surface des muqueuses; elle se rencontre aussi sur les points où la peau a pris de l'analogie avec ces membranes. Quel que soit le siége qu'elle occupe, toujours elle affecte un mode de développement uniforme. On observe d'abord des taches pointillées de rouge et de blanc. Les points blancs s'étendent de proche en proche, se confondent ensemble et forment de larges plaques, qui sont ordinairement circonscrites par un cercle d'une rougeur intense; quelquefois, au contraire, elles s'amincissent peu à peu et finissent par disparaître entièrement. Si on en tente l'avulsion, on voit qu'elles ne sont unies à la membrane muqueuse que par des filamens extrêmement déliés qui pénètrent dans les follicules muciparcs. La surface dénudée laisse transsuder du sang, et l'enduit concret se renouvelle promptement; il devient plus épais, plus adhérent qu'auparavant; souvent même il s'épanche dans le tissu muqueux et se colore en gris et en noir. « C'est alors, dit M. *Bretonneau* (1), que les concrétions se corrompent et exhalent une odeur infecte. Si elles

(1) Traité de la diphthérite, p. 51.

sont circonscrites, le gonflement œdémateux des tissus environnans les fait paraître enfoncées, et sur ce simple aperçu on serait tenté de croire qu'on a sous les yeux un ulcère sordide avec une perte de substance considérable. Si au contraire elles sont étendues en large surface, elles se détachent en partie, pendent en lambeaux plus ou moins putréfiées et simulent le dernier degré du sphacèle. »

C'est dans les voies aériennes et digestives que la diphthérite se montre le plus fréquemment; c'est là aussi qu'elle a principalement fixé l'attention des observateurs; mais parmi eux, les uns, privés des notions fournies par l'anatomie pathologique et ne s'attachant qu'à des caractères variables; les autres, entraînés par l'influence d'idées préconçues et trompés par l'aspect des altérations qu'ils rencontraient, ont dû nécessairement ne donner que des descriptions incomplètes et confondre des maladies entièrement différentes. Cependant on retrouve dans leurs écrits la diphthérite sous les formes variées qu'elle affecte, et la justification des observations faites de nos jours.

C'est dans le Traité d'*Arétée*, sur les causes et les signes des maladies aiguës, qu'elle se trouve décrite pour la première fois sous le nom d'*ulcère syriaque* : « Ἕλκεα ἐν τοίσι παριθμοισι γιγνέται τὰ μέν ξυντέα καὶ ἀτινέα τὰ δὲ ξένεα, λοιμωδέα καὶ κτεινοντα. Ἢν δέ, και ὁ ἐπίπαγος ἰχὴ βάθος, εσχαρη τό πάθος και ἔστὶ καὶ καλέεται. Ἐν κυκλῳ δέ της εσχαρης ερυθημα γιγνέται καρτέρον, καὶ φλεγμονή καὶ πόνος φλεβῶν ὡς ἐπ' ανθρακος, καὶ μικρὰ διεξανθηματα, αραιὰ γιγνόμενα, ἔπειτα προσεπιγιγνόμενα, συνηφθη τε ἄν καὶ πλατυ ἕλκος ἐγένετο. κὴν μεν ἔξω ἐς τό στὸμα νεμεται ἐπὶ τὴν κιονίδα ἧκε καί τὴν ἀπέταμ εν καὶ ἐς την γλωσσαν ἐσχεδάθη και ἐς υλα καὶ ἐς χαλινὸς. . . . Ἢν δὲ ἐς τὴν θωρηκα νεμεται διά της αρτερίης καὶ αυτῆμαρ απεπνιξε. » (Βιβλίον πρωτον, κεφαλη θ.)

Deux siècles plus tard, *Aétius* observa la même maladie et en donna une description qui n'est que la paraphrase de celle d'*Arétée*.

Jusqu'à la fin du seizième elle paraît oubliée, peut-être, comme le remarque M. *Bretonneau*, moins faute d'occasion de l'observer que par défaut d'observateurs. En 1576, *Baillou* même la décrit et la méconnaît, comme tous les médecins du temps. «*Omnibus medicis nego-*

tium dedit imo ausim asserere morbum non intellexisse. » L'affection qu'il signale et qu'il nomme *orthopnoïque*, sévissait également sur les adultes et les enfans. Le cou était gonflé, la respiration difficile et fréquente, la toux sèche, et la fièvre à peine sensible. Ne sachant comment expliquer ces divers phénomènes, il va jusqu'à les rapporter à un abcès du rein, *aperto cadavere repertus est ren dexter purulentus, undè credibile à vapore maligno hanc orthopnœam inductam fuisse.* Il convient cependant que la même étiologie n'est pas admissible pour tous les cas; il rapporte qu'un chirurgien trouva dans la trachée d'un enfant une fausse membrane qui avait promptement amené la mort par l'obstacle qu'elle opposait au passage de l'air.

Vers le même temps elle se montra en Espagne, et y reçut le nom de *garotillo*, parce que ceux qui en étaient atteints périssaient comme s'ils eussent été étranglés avec une corde.

Au commencement du dix-septième siècle, Naples et ses environs furent ravagés par une épidémie dont *Carnavale* nous a laissé l'histoire dans son Traité *de Epidemico affectu strangulatorio.* Il y eut un grand nombre de victimes, surtout parmi les enfans; plusieurs milliers succombèrent dans l'espace de quelques mois. L'auteur avoue que cette maladie n'est point connue des médecins; il reconnaît qu'elle suffoque à la manière de l'angine; mais il attribue la suffocation au putrilage et à la corruption des parties. « *Sed dicere me scito hunc affectum ægros ut plurimum strangulare quia ad putrilaginem et corruptionem ductæ partes, viam ingredientis egredientis que aeris impediunt, arctant, claudunt, quo fit languentem necessario strangulari.* » Il décrit avec beaucoup d'exactitude les différens aspects que présentent les taches diphthéritiques, et il les a vues se propager à la trachée, à l'œsophage et à la membrane pituitaire.

Quelques années après, Alaymus (*in Consultatione de ulceribus syriacis*) reproduit à peu près les mêmes observations.

En 1747, un mal de gorge épidémique se montre à Crémone. *Ghisi*, qui en donne la description, dit avoir rencontré des *ulcères*

au fond de la gorge et des concrétions membraneuses dans la trachée. La voix ne conservait plus son timbre ordinaire; il survenait un râle horrible, accompagné de cette respiration laborieuse et extrêmement fréquente qu'*Hippocrate* appelle *sublime.*

Dans le même temps, *Starr* observa dans le comté de Cornouailles un mal de gorge si GRAVE, *qu'aucun praticien ne put se vanter de succès.* Les ganglions lymphatiques du cou et les amygdales étaient énormément tuméfiés; des *escharres gangréneuses* se voyaient dans la bouche; la respiration devenait bruyante comme celle des personnes qu'on étrangle. Une production couenneuse envahissait jusqu'aux plaies des vésicatoires.

En 1765, *F. Home* publia un traité sur un mal de gorge, qui, selon lui, n'avait encore été décrit par personne. Frappé du caractère pénible et bruyant de la respiration, il donna le nom de *croup* à cette maladie, dont il plaça le siége dans la trachée. Le résultat de quelques autopsies le confirma dans son opinion; plusieurs fois, en effet, il la trouva couverte d'un enduit pelliculaire ou d'un mucus visqueux et épais; d'autres fois la membrane muqueuse était simplement enflammée. Il ne fait mention ni du larynx ni de l'arrière-bouche; il ajoute seulement qu'un chirurgien, chargé d'ouvrir le cadavre d'un enfant, lui rapporta qu'il avait vu dans le larynx et la trachée une membrane blanche, ferme et épaisse. *Home*, en donnant à la maladie qu'il avait observée le nom de *croup*, ouvrit pour la science une source funeste d'erreurs. Les praticiens, s'appuyant sur ses observations, ou entraînés par l'influence de la nouvelle dénomination, identifièrent des affections entre lesquelles il n'existait qu'une simple analogie de symptômes, et méconnurent le rapport des diverses altérations pathologiques, qui avaient été si bien décrites par les anciens auteurs.

On vit *Ruch* soutenir que l'*asthme aigu de* MILLAR n'était autre chose que le *croup.* CRAWFORD écrivait que le croup n'est qu'une inflammation, à laquelle on peut toujours remédier par les émissions sanguines.

Rosen recommandait de ne point confondre l'angine maligne avec le croup. *Michaelis* en faisait aussi deux affections différentes; mais il remarque qu'elles règnent presque toujours en même temps, et qu'il est, dans certains cas, impossible de les distinguer l'une de l'autre.

En 1807, le croup fut l'objet d'un concours, auquel prirent part *Jurine*, *Albers de Bremen*, etc. Il est facile de reconnaître, dans les Mémoires de ces deux savans et dans ceux de leurs compétiteurs, une influence dont ils n'avaient point su s'affranchir. Ils ne virent dans le croup qu'une inflammation catarrhale du larynx et de la trachée, s'accompagnant quelquefois de concrétions membraneuses; et si, dans leurs recherches anatomiques, ils ont été forcés de constater les altérations des divers points du tissu muqueux, ils ne les ont reconnues que comme des complications de maladies essentiellement différentes.

Enfin, nous arrivons à celui dont l'esprit vaste et philosophique a su s'emparer de vérités éparses dans les anciens, les a fécondées par ses propres méditations, et a fixé, par de nombreuses recherches, le caractère d'une maladie dont l'histoire n'offrait que doute et obscurité. Depuis les travaux de M. *Bretonneau*, plusieurs épidémies diphthéritiques se sont montrées, et les observations auxquelles elles ont donné lieu n'ont fait que confirmer celles de ce savant praticien.

La diphthérite détermine des symptômes qui varient suivant le siége qu'elle occupe. Nous allons tâcher de la suivre dans sa marche, et de signaler les phénomènes dont elle s'accompagne.

Diphthérite de la bouche.

Cette affection, qui a été désignée sous les noms de *stomacace*, de *fégarite*, de *gangrène scorbutique*, s'annonce ordinairement par une chaleur incommode dans la bouche, une douleur qu'exaspère le contact des corps étrangers, et le gonflement des ganglions sous-maxil-

laires. Quelquefois ce dernier symptôme existe seul, il peut même ne se manifester qu'après l'apparition des taches diphthéritiques. Ces taches s'observent sur les gencives, la paroi interne des joues et des lèvres, au pourtour de la langue, et n'affectent jamais qu'un côté à la fois. Les lèvres, les gencives se boursouffient et deviennent saignantes; les dents s'ébranlent. La bouche reste ouverte, et laisse couler une salive abondante et sanieuse; l'haleine est excessivement fétide, et le malade éprouve souvent de la fièvre, avec une vive anxiété.

Arrivée à ce degré, la maladie ralentit ordinairement ses progrès; on voit alors diminuer le gonflement des ganglions sous-maxillaires, ils deviennent moins douloureux; la fièvre et l'agitation cessent; les plaques diphthéritiques s'humectent d'un mucus abondant, le cercle rouge qui les entoure prend plus d'étendue, et on les voit disparaître peu à peu du centre à la circonférence.

Cette affection peut aussi se terminer par l'état chronique, ou se transmettre aux surfaces environnantes; mais les exemples en sont d'autant plus rares, que l'on peut toujours, à l'aide d'un traitement convenable, en borner l'étendue.

Diphthérite pharyngienne ou angine maligne, angine gangréneuse.

Elle débute presque toujours d'une manière insidieuse, et ne s'annonce guère que par un torticolis à peine sensible, et une légère intumescence des parties latérales du cou. Au bout d'un jour, dans certains cas au bout de quelques heures, les amygdales, la luette, le voile du palais et les parois du pharynx, souvent toutes ces parties à la fois se couvrent de plaques grisâtres, qui s'étendent rapidement, en envahissant les surfaces voisines, si l'art ne parvient à en arrêter les progrès. Les plaques diphthéritiques suivent constamment la marche que nous avons indiquée plus haut; nous n'avons donc à nous occuper que des symptômes qui les accompagnent dans cette circonstance. La déglutition devient difficile, et quelquefois impos-

sible, à cause de l'intumescence des amygdales, qui, dans certains cas, est très-considérable. La voix devient nasillarde, la bouche exhale une odeur infecte, surtout chez les adultes, et il découle par le nez un liquide sanguinolent.

Cette affection peut se terminer par la résorption des fausses membranes, et se borner au pharynx; mais il est bien plus fréquent de la voir se transmettre aux voies de la respiration. M. *Bretonneau*, dans le cours de ses recherches, n'a rencontré qu'un très-petit nombre d'exceptions. M. *Guersent* affirme que, cinq fois sur six, les fausses membranes se montrent dans les voies digestives avant de pénétrer dans le larynx; mais de nouveaux résultats obtenus par ce savant professeur se rapprochent beaucoup plus des observations de M. *Bretonneau*. M. *Louis* rapporte dans son Mémoire sur le croup que l'affection a toujours débuté par des taches sur les amygdales. M. *Ferrand* (Thèse inaugurale sur l'angine membraneuse, 20 août 1827) dit qu'il a eu l'occasion d'observer environ soixante enfans atteints d'un mal de gorge épidémique; tous ont présenté des taches blanches plus ou moins larges et plus ou moins nombreuses sur les amygdales et le voile du palais. Le deuxième et troisième jours il survenait des accès de suffocation; la voix prenait un timbre particulier *semblable à celui du croup*; la mort arrivait du cinquième au sixième jours. Il a pu se convaincre, par des ouvertures du cadavre, que les fausses membranes s'étendaient dans la trachée et jusque dans la première division des bronches.

On lit dans le Mémoire de M. *Bourgeoise* sur l'épidémie qui a régné à Saint-Denis en 1827 et 1828, que l'affection diphthéritique a le plus souvent commencé par les fosses nasales et le conduit auditif; de là elle s'étendait aux voies digestives et respiratoires. Dans quelques cas, elle s'est montrée à tous les orifices et sur toutes les surfaces ulcérées. Enfin on l'a vue débuter par le pharynx et envahir ensuite les voies aériennes.

La présence des fausses membranes dans le larynx rend le prognostic excessivement grave, détermine un nouvel ordre de symptômes,

et constitue la maladie connue sous le nom de *croup*. La partie antérieure du cou devient douloureuse. La toux, d'abord légère, prend un caractère particulier, et ne revient que par quintes plus ou moins rapprochées, pendant lesquelles l'inspiration est sifflante, l'expiration courte et précipitée, et la voix prend des intonations que l'on a comparées au cri d'un coq ou à l'aboiement d'un chien. A ces signes déjà caractéristiques se joignent le gonflement de la face, la couleur violette des lèvres et le renversement de la tête en arrière. Ces accès sont suivis de rémissions plus ou moins longues, surtout lorsque les vomissemens ont entraîné des lambeaux membraneux. On voit alors la gêne de la respiration diminuer momentanément, et le malade sortir de l'abattement dans lequel le jettent les accès. Si la marche de la maladie n'est pas enrayée par un traitement approprié, les accès se rapprochent, le pouls devient petit et intermittent, la respiration s'accélère, le sifflement qui suit l'inspiration devient plus bruyant, la toux rare et moins sonore, mais elle conserve toujours le même caractère. Le malade tombe dans un assoupissement profond, dont il n'est tiré que par les angoisses de la suffocation ; les muscles de la face sont agités de mouvemens convulsifs, la tête se porte avec force en arrière, tout le corps se couvre d'une sueur froide; enfin la mort vient mettre fin à une scène de souffrances inexprimables.

Contagion. Cette question a généralement été résolue d'une manière affirmative.

Carnavale cite un vers qui contient son opinion et celle de ses contemporains :

Cede cito longin quum abi serusque reverte.

Cortesius admet la contagion, et rapporte à l'appui un fait dont il fut témoin :

Divi Francisci Custos, vir doctrina et moribus insignis, hac lue obsessus tonsillas solum modo et gargareonem inflammatione læsa habebat et continuo querebatur se percepere in ore fœtorem quemdam; et ut hac de

re certior fieret, ad se vocavit baccalaureum quemdam amicissimum, qui maximo affectu assistebat, rogavitque ut vellet olfacere, percipereque naribus, an verum esset talem fœtorem emittere an ab ejus imaginatione prodiret, olfecit baccalaureus, me præsente, et multis aliis. At statim, non multis elapsis horis, decubuit solâ faucium et glandularum inflammatione vexatus absque aliqua manifestâ corruptione partium; omnibus que præsidiis ex arte factis, quarto die suffocatus periit (1).

Rosen dit que les enfans qui allaient voir leurs camarades étaient bientôt attaqués du même mal.

Bard pense que le mal de gorge qu'il a observé est de nature contagieuse, et il conseille d'éloigner tous les enfans d'une famille aussitôt que quelqu'un est affecté.

On lit, dans la Bibliothèque médicale (2) qu'une dame qui avait cherché à ranimer son fils mourant du croup, en lui insufflant de l'air dans la bouche, fut atteinte d'une angine couenneuse dont elle mourut au bout de douze jours. Le docteur *Bourgeoise*, qui lui donnait des soins, éprouva la même maladie, et n'en guérit qu'après avoir couru les plus grands dangers et rendu plusieurs portions de fausses membranes qui recouvraient les tonsilles et le voile du palais.

Dans le mois d'août 1818, M. le docteur *Ribes* fut appelé par une famille anglaise dont tous les membres furent successivement atteints de l'angine couenneuse.

L'enfant du portier, qui allait et venait dans les appartemens des malades, eut aussi le même mal de gorge, ce qui répandit une telle frayeur dans l'hôtel, que tout le monde voulut l'abandonner. Cependant par la suite personne n'éprouva cette maladie (3).

Il serait facile de multiplier de pareilles citations. Je terminerai par une observation que j'emprunte au mémoire de M. *Bretonneau*, car elle prouve que l'affection diphthéritique peut se transmettre à des

---

(1) *Miscell.*, p. 698.

(2) Octobre 1823.

(3) Précis analytique sur le croup, par *Bricheteau*, p. 372.

distances considérables du foyer qui lui a donné naissance. « Un élève en pharmacie attaché à l'hôpital, souffrant encore des suites d'une angine maligne, alla passer quelques jours à la campagne. Pendant ce temps, un des enfans du vigneron de la maison mourut du croup : la maladie avait été reconnue de très-bonne heure, et on lui avait opposé le traitement le plus généralement adopté. Le premier interne de l'hôpital, M. *Velpeau*, put constater après la mort que les parois du pharynx étaient couvertes de concrétions. On vit le mal s'étendre des tonsilles au voile du palais chez un autre enfant de cinq ans, frère du précédent, qui fut traité de la même manière et mourut de même. La mère, âgée de quarante-quatre ans, commença plus tard à souffrir d'un léger mal de gorge. Retenue par l'appréhension d'une prétendue brûlure, elle ne voulut consentir à l'application topique qu'après avoir trop attendu : elle mourut. Pendant les deux derniers jours, on avait été frappé de l'altération de sa voix. Sa fille, âgée de vingt ans, et une jeune femme du voisinage qui avaient assisté la malade, furent conduites à l'hôpital. Déjà l'une et l'autre éprouvaient des symptômes graves d'angine maligne. Je parvins à obtenir qu'au moins la trachée-artère de la femme qui venait de succomber fût ouverte. Ce conduit cartilagineux et le pharynx étant enlevés, on trouva dans la trachée un tuyau membraniforme peu adhérent, qui avait une demi-ligne d'épaisseur à son extrémité inférieure, et devait par conséquent s'étendre bien avant dans les bronches. Il était évident que les concrétions du pharynx étaient de même nature que le tuyau invaginé dans la trachée. Les deux jeunes paysannes furent traitées et guéries par des applications d'acide hydrochlorique concentré. »

Il faut convenir que les faits analogues sont rares; mais celui-ci est des plus concluans en faveur de la contagion, et nous pensons que, quelle que soit l'opinion que l'on adopte, la prudence exige que l'on isole les malades.

Complications. La diphthérite peut survenir pendant le cours d'un grand nombre de maladies. M. *Louis* l'a vue se manifester pendant

le cours d'une fièvre typhoïde, d'une pleurésie chronique, d'une gastro-entérite, de la phthisie pulmonaire et de la péripneumonie.

M. *Guersent* l'a vue se compliquer de la rougeole, de la variole et de la scarlatine; mais ces complications sont beaucoup plus rares que ne sembleraient l'indiquer les observations qui sont rapportées dans les auteurs.

Étiologie. Cette partie dans l'histoire de la diphthérite est sans doute la plus obscure et la moins avancée. L'influence des saisons et des températures humides ne nous paraît pas expliquer suffisamment cette maladie, puisqu'il n'est pas rare de l'observer dans des circonstances entièrement différentes. Il est peut-être plus philosophique d'avouer que la cause spécifique nous échappe que de recourir à des hypothèses qui ne sont appuyées ni sur la raison, ni sur l'expérience.

Considérations thérapeutiques et traitement. La variété des moyens thérapeutiques auxquels on a eu recours indique assez l'incertitude et l'insuffisance du plus grand nombre. Il n'entre point dans notre but ni dans les bornes de cette dissertation d'en parcourir la longue série et d'en discuter la valeur; ces recherches, insignifiantes pour la science, ne feraient que surcharger ce travail de détails inutiles. Il ne sera question ici que de ceux auxquels les praticiens ont attaché de l'importance, et que l'expérience semble justifier.

Émissions sanguines. Préconisées par ceux qui n'ont vu dans l'affection diphthéritique qu'une inflammation ordinaire, elles n'ont peut-être dû leurs succès qu'à des erreurs de diagnostic. M. *Bretonneau* (1) les rejette entièrement. « Je suis forcé, dit-il, de déclarer, contre l'opinion généralement reçue, que les émissions sanguines m'ont paru

(1) Addition supplémentaire au Traité de la diphthérite, p. 5 et 6.

nuire et accélérer la propagation de l'inflammation diphthéritique. » Plus loin il ajoute : « Ce n'est point l'activité de la congestion inflammatoire qui rend la diphthérite redoutable, ce n'est point l'intensité de l'irritation, mais la nature de l'*irritamentum* qui en fait le danger; or, c'est cet *irritamentum* que les émissions sanguines ne peuvent enlever, et contre lequel elles restent aussi impuissantes qu'elles le seraient contre l'action d'un vésicatoire permanent, ou plutôt d'un vésicatoire dont l'énergie serait accrue par l'addition de doses successives et plus fortes d'un principe vésicant. »

Préparations mercurielles. Parmi les médications générales, le traitement mercuriel est le seul, d'après M. *Bretonneau*, qui ne soit pas entièrement dénué d'efficacité. En effet, entre les mains de cet habile praticien, il a produit des effets vraiment merveilleux. M. *Guersent*, à l'hôpital des Enfans, l'a vu réussir aussi un grand nombre de fois. Ce médicament paraît favoriser le décollement des fausses membranes par l'influence qu'il exerce sur le système muqueux, et peut-être modifier aussi l'affection diphthéritique par une action topique. Parmi les préparations mercurielles, c'est au calomel que l'on a donné la préférence. On peut le porter à la dose de deux grains par heure, et en seconder l'activité par des frictions d'onguent mercuriel sur les parties latérales du cou; mais ce dernier moyen doit n'être mis en usage qu'avec beaucoup de ménagement, et ce traitement doit être entièrement suspendu dès que l'afflux des liquides, devenu considérable dans la bouche, fait redouter la salivation et d'autres accidens dont l'emploi du mercure n'est malheureusement pas exempt.

Acide hydrochlorique. Les applications topiques de cet acide sont un des plus puissans moyens que l'on possède pour combattre la diphthérite. *Van-Swiéten* s'en était servi avec tant de succès, qu'il dit : « *Neque me fefellit unquàm huic consilio unicè confidentem.* » M. *Bretonneau* ne les a pas employées avec moins de bonheur. « Je pourrais, dit-il, assurer, avec *Van-Swiéten*, que je les ai toujours trouvées

efficaces lorsqu'elles ont pu être portées sur toute l'étendue du mal. »

Il a assayé diverses méthodes pour porter l'acide au fond du pharynx et sur les amygdales.

« Je me sers d'une éponge fine (1), solidement fixée au bout d'une tige flexible de baleine, et je donne à cette tige une courbure convenable en la ramollissant au feu. Avant de toucher les taches couenneuses du gosier, j'ai le soin d'imbiber l'éponge d'acide concentré et de la presser de manière qu'elle reste simplement humectée. Je prends cette précaution, afin que, dans les mouvemens convulsifs de l'isthme du gosier, le liquide exprimé n'étende pas son action au-delà du point que j'ai l'intention de cautériser (2).

« Le premier effet du traitement topique est de donner à l'inflammation diphthéritique commençante un aspect plus grave : les concrétions paraissent plus épaisses et plus étendues; vingt-quatre heures plus tard, les effets de l'acide sont bornés et ont atteint leur dernier terme. Si les concrétions n'acquièrent pas une nouvelle étendue, si elles commencent à se détacher, on a la garantie que l'inflammation spécifique est déjà modifiée; dès-lors les applications topiques doivent être éloignées (de vingt à trente heures), restreintes pour le nombre (deux ou trois suffisent), pour la force et la durée (il convient qu'elles soient de plus en plus légères et bornées aux surfaces malades). »

Alun. Les applications d'alun, recommandées par les anciens et ceux qui observèrent les épidémies d'angine maligne qui régnèrent pendant les seizième et dix-septième siècles, paraissaient oubliées, lorsque le savant médecin de Tours, conduit par des inductions analogiques, recourut à ce moyen. Ses essais ont été couronnés d'un succès constant; cependant il reconnaît que cet agent n'a ni l'éner-

(1) Traité sur la diphthérite, p. 243.

(2) *Ibid.*, p. 244.

gie ni l'activité de l'acide hydrochlorique, et ne doit point être employé dans les mêmes circonstances. C'est sous forme de pâte ou de poudre que l'alun a été mis en usage.

Trachéotomie. Dernière ressource de l'art, cette opération a eu le sort de beaucoup de découvertes importantes. Trop vantée par les uns; elle a été rejetée sans examen par les autres. M. *Bretonneau* l'a pratiquée quatre fois; deux fois il n'a fait que prolonger de quelques instans la vie des malades; mais ensuite il a obtenu un succès complet. La dernière opération a été faite en 1828 sur un jeune enfant qui était atteint de la diphthérite au dernier degré, et, au moyen d'un instrument de son invention, il a porté dans la trachée une dissolution de nitrate d'argent, qu'il a substituée à l'acide hydrochlorique, parce qu'il est plus facile d'en limiter les applications.

Nous avons examiné les moyens qui nous paraissent devoir être opposés avec le plus d'avantages à l'affection diphthéritique. Nous allons exposer maintenant dans quel ordre nous en ferions usage, et quel choix détermineraient les différentes formes de la maladie.

Je n'aurais recours aux émissions sanguines que dans le cas où il surviendrait une complication qui en exigerait impérieusement l'emploi.

Je ferais usage des applications d'alun contre toutes les plaques diphthéritiques qui ne menaceraient pas d'envahir immédiatement les voies aériennes; mais j'emploierais l'acide hydrochlorique contre celles qui sont près de franchir l'isthme du gosier.

Si la voix de coq et les quintes de toux attestaient la présence des fausses membranes dans le larynx, j'aurais recours au calomel et aux frictions mercurielles; si enfin le danger de la suffocation devenait imminent, je pratiquerais la trachéotomie, et je porterais dans la trachée une solution de nitrate d'argent d'après la méthode de M. *Bretonneau*.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

V.

Mulieri menstruis deficientibus è naribus sanguinem fluere, bonum. *Sect* 5, *aph.* 13.

VI.

A pleuritide peripneumoniâ, malum. *Sect.* 7, *aph.* 4.

II.

III.

IV.

V.

DISSERTATION

N° 193.

SUR

L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR LUCIEN BOISSARIE, de Lacassagne,

Département de la Dordogne.

Priusquàm incipias, consulto, et, ubi consulueris, maturè facto opus est.

SALLUSTE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils, *Suppléant.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL, *Examinateur.* / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER, *Président.* / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Suppléant.*
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonnabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Châtelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Examinateur.*	Velpeau.
Gerdy, *Examinateur.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS PARENTIBUS.

Parvulum gratitudinis testimonium.

L. BOISSARIE.

DISSERTATION

SUR

L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

L'HYDROCÈLE est le résultat d'une accumulation de liquide plus ou moins considérable dans les bourses.

Je n'entrerai point ici dans des considérations anatomiques; je ne rappellerai point qu'indépendamment de nerfs, de vaisseaux, du testicule et de son cordon, il entre dans la composition des bourses plusieurs enveloppes superposées les unes sur les autres, et unies entre elles par différentes couches de tissu cellulaire; que ces enveloppes sont, en procédant de dehors en dedans : 1°. le scrotum; 2°. le dartos; 3°. une tunique fibro-celluleuse; 4°. le crémaster ou la tunique élytroïde, formée par quelques fibres du grand oblique; 5°. la tunique vaginale, membrane séreuse, continue avec le péritoine dans les premiers temps de l'enfance; 6°. enfin la tunique albuginée, ou la membrane qui recouvre immédiatement le testicule et son cordon.

Le liquide qui donne lieu à la maladie qui nous occupe peut être infiltré dans le tissu cellulaire, ou bien accumulé dans un seul foyer, dans une seule poche. De là une première division de l'hydrocèle en *hydrocèle par infiltration*, et en *hydrocèle par épanchement*. Cette dernière espèce est beaucoup plus fréquente que la première, et elle est, par rapport à celle-ci, comme 100 est à 1. Dans l'hydrocèle par

épanchement, le liquide, quoique susceptible de s'accumuler ailleurs, s'accumule le plus souvent dans la tunique vaginale, et on entend en général par *hydrocèle*, l'hydropisie de cette membrane séreuse. L'ouverture de communication entre cette membrane et le péritoine subsiste-t-elle encore, la maladie porte le nom d'*hydrocèle congéniale*. Lorsque cette ouverture de communication n'existe plus, elle est désignée sous le nom d'*hydrocèle accidentelle* ou *des adultes*. Je vais tracer avec détail l'histoire de cette dernière espèce; je dirai ensuite quelques mots de l'hydrocèle congéniale.

Hydrocèle accidentelle. L'étiologie de cette hydropisie présente beaucoup d'obscurité. Dira-t-on qu'elle est due à un défaut d'équilibre entre le système exhalant et le système inhalant? Mais comment expliquer ce défaut d'équilibre? Quel est l'agent perturbateur sous l'influence duquel il s'établit? L'hydrocèle de la tunique vaginale s'observe rarement dans l'enfance, beaucoup plus fréquemment chez l'adulte et le vieillard. Dans quelques cas, elle est précédée d'un engorgement du testicule; mais le plus souvent elle se manifeste sans qu'il soit possible de reconnaître la cause qui l'a produite. On conçoit que des coups, des contusions réitérés du scrotum, du testicule, peuvent provoquer le développement de cette maladie. Les personnes les mieux portantes en sont atteintes, et elles ne s'en aperçoivent qu'à une tumeur plus ou moins considérable, qui s'accroît graduellement, et les incommode et par son poids, et par son volume.

Cette tumeur n'altère point la couleur de la peau; elle est molle, fluctuante dans les premiers temps de son développement. Elle s'accroît de bas en haut, en se dirigeant vers l'anneau inguinal. Ses progrès sont lents. Lorsqu'elle est parvenue à son plus haut degré d'accroissement, la fluctuation cesse d'être perceptible; la peau est tendue, rénitente; le liquide s'engage dans l'orifice externe de l'anneau inguinal, le raphé est déjeté du côté opposé. Les rides du scrotum ne subsistent plus; la tumeur s'accroît aux dépens de la peau qui recouvre le membre viril; celui-ci est rapetissé et incapable de remplir les fonctions qui

lui sont dévolues. Le tact est insuffisant pour distinguer le testicule et son cordon; le testicule, qui jusqu'alors était resté étranger à toute espèce de phénomènes morbides, peut devenir le siége de douleur assez vives : elles sont le résultat de la compression qu'il éprouve.

La transparence de l'hydrocèle est un caractère d'une grande valeur pour établir le diagnostic : ce phénomène n'est point constant; il s'observe néanmoins dans la plupart des cas. Pour l'apprécier, on saisit de la main gauche la partie postérieure de la tumeur, en tirant la peau en arrière, et en refoulant le liquide en avant; on applique sur la face antérieure le bord cubital de la main droite demi-fléchie, et on regarde au-dessous de l'espèce de voûte que forme cette main, pendant qu'un aide approche, autant qu'il est possible, une bougie allumée du côté opposé à celui vers lequel l'œil du chirurgien est dirigé.

On détermine de cette manière la position du testicule, qu'on reconnaît à son opacité, à sa forme, à l'insertion du cordon spermatique. Si on le comprime, on produit des douleurs assez vives. C'est ordinairement à la partie postérieure interne et inférieure de la tumeur qu'il est placé; il peut être placé ailleurs : M. *Boyer* l'a trouvé une fois à la partie antérieure et inférieure. Avant d'en venir à une opération, il est essentiel de déterminer d'une manière précise la position de cet organe : sans cette précaution, on s'exposerait à le léser.

La transparence de l'hydrocèle, avons-nous dit, n'est point un phénomène constant. En effet, l'opacité du liquide, certaines altérations de la tunique vaginale ou des autres enveloppes qui entrent dans la composition des bourses, ne permettent point dans quelques cas de la distinguer.

Le poids de l'hydrocèle est en général peu considérable, proportionnellement à son volume. La nature du liquide; l'état sain ou morbide de la tunique vaginale, certaines complications, sont autant de circonstances qui peuvent le faire varier singulièrement. Quant au volume, il est ordinairement en raison directe de l'ancienneté de la maladie. Je dis ordinairement; on voit, en effet, des hydrocèles peu

volumineuses, quoique anciennes, tandis que d'autres, quoique récentes, sont très-volumineuses.

La forme de l'hydrocèle offre beaucoup de variétés. Le plus souvent elle est pyriforme. La base est dirigée en bas, et le sommet en haut. La tunique vaginale, distendue par le liquide qu'elle contient, peut céder dans certains points plus que dans d'autres. Cette disposition rend la tumeur inégale, bosselée; on peut alors confondre la maladie avec un sarcocèle, si l'on se contente d'un examen superficiel. L'hydrocèle peut offrir une dépression circulaire. Elle peut affecter une forme recourbée d'avant en arrière, ce qui dépend le plus souvent de l'emploi d'un suspensoire mal fait, ou d'un sous-cuisse trop court, tirant la tumeur en arrière. Enfin dans quelques hydrocèles, la tunique vaginale offre des loges plus ou moins multipliées, isolées les unes d'avec les autres par des cloisons celluleuses. On reconnaît cette disposition aux bosselures inégales que présente la tumeur, à la transparence de ces bosselures, et à l'opacité des cloisons celluleuses qui les séparent.

Le liquide que contient la tunique vaginale est ordinairement limpide, transparent, légèrement teint d'un jaune citrin. Soumis à l'action du calorique, il se coagule en partie, phénomène dû à la présence de l'albumine, qu'il contient dans une grande proportion. Ce liquide, dans quelques circonstances, est altéré; il n'est point transparent; il peut être d'une couleur violette, sous forme d'une humeur visqueuse, épaisse, et dont la consistance est analogue à celle du miel. La tunique vaginale elle-même peut offrir des altérations plus ou moins profondes. Elle est mince, transparente dans le principe de la maladie; plus tard elle s'épaissit. On l'a vue devenir fibro-cartilagineuse, et même squirrheuse.

Selon *Scarpa*, dans les hydrocèles volumineuses anciennes, il y a déplacement, dissociation des élémens du cordon testiculaire. L'artère spermatique et le canal déférent seraient ordinairement portés en dedans, et les veines sur le côté opposé. Ces organes pourraient même, dans certains cas, se prolonger des parties latérales de la tumeur,

jusque sur sa face antérieure. Le chirurgien célèbre qui a appelé l'attention des praticiens sur cette particularité, cite l'observation d'une hydrocèle dont la ponction, faite conformément aux règles indiquées par tous les auteurs, fut suivie d'une hémorrhagie, due à l'ouverture de l'artère spermatique.

Plusieurs maladies, telles qu'une hernie inguinale, la sérosité accumulée dans un sac herniaire, le sarcocèle, l'hydropisie enkystée du cordon, sont susceptibles de simuler et de compliquer l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Il est difficile de confondre avec l'hydrocèle la hernie inguinale, lorsque celle-ci est réductible. Quand la réduction est impossible, la méprise est plus facile à commettre. Lorsque l'hydrocèle est volumineuse, on sent, comme dans les hernies, pendant la toux une impulsion imprimée par les muscles abdominaux ; mais la hernie n'est point transparente; elle suscite dans les organes digestifs un trouble plus ou moins marqué. Au reste, le mode de formation, d'accroissement de la tumeur, ne permettra point de méconnaître la nature de la maladie qu'on a à combattre. La coexistence d'une hydrocèle et d'une hernie inguinale n'est point une circonstance très-rare. On voit alors deux tumeurs plus ou moins considérables s'avancer l'une vers l'autre, et finir par se croiser. Le plus souvent, l'hydrocèle passe au devant de la hernie. Cependant une disposition inverse peut s'observer. Lorsque l'hydrocèle passe au devant de la hernie, celle-ci, appuyant avec plus ou moins de force contre la paroi postérieure de la tunique vaginale, peut s'engager à travers des éraillemens qui se forment dans cette membrane séreuse, et venir faire saillie dans son intérieur. M. *Dupuytren*, qui a observé six cas de ce genre, a vu, dans deux de ces cas, des symptômes d'étranglement se manifester. Ils étaient le résultat de la constriction à laquelle étaient soumises les parties herniées. Il n'y avait que celles qui étaient engagées à travers l'ouverture accidentelle faite à la tunique vaginale qui offrissent des symptômes d'étranglement. Après avoir incisé la tunique vaginale et évacué le liquide qu'elle contenait, on agrandit l'ouverture faite à

cette membrane séreuse, et on réduisit ensuite facilement la hernie. On n'eut pas besoin d'inciser l'anneau inguinale.

Un sac herniaire peut devenir le siége d'un épanchement. Lorsque ce sac communique avec la cavité abdominale, on fait rentrer dans l'abdomen, par des pressions faites convenablement, le liquide qu'il contient, de sorte que la tumeur disparaît complètement. S'il n'existe pas d'ouverture de communication, il devient alors facile de se tromper sur la nature de la maladie ; il faut insister sur les circonstances commémoratives. Dans certains cas, quelque exercé que l'on soit, et quelque grande que soit l'attention qu'on y mette, le diagnostic offre beaucoup de difficultés. Au reste, dans un cas de cette nature, une méprise ne serait point funeste au malade, puisque le traitement est le même, que l'épanchement siége dans la tunique vaginale ou dans un sac herniaire, pourvu, toutefois, que celui-ci ne communique point avec la cavité abdominale.

Le sarcocèle est une complication assez fréquente de l'hydrocèle : cette complication produit l'état mixte connu sous le nom d'*hydrosarcocèle*. L'épanchement dont la tunique vaginale est alors le siége n'est point la maladie primitive ; c'est l'engorgement du testicule qui a précédé l'épanchement et qui lui a donné lieu. Aussi le chirurgien doit-il s'occuper spécialement de cet engorgement, qui forme la lésion principale. Lorsque l'hydrocèle se présente dans toute sa simplicité, il devient à peu près impossible de la confondre avec le sarcocèle, à moins d'une ignorance profonde ou d'un défaut d'attention inexcusable. En effet, dans le sarcocèle, la tumeur se rapproche plus ou moins de la forme primitive du testicule : elle est dure, bosselée, inégale ; elle n'est ni molle, ni fluctuante, ni transparente ; elle est le siége de douleurs lancinantes, qui se propagent jusqu'aux aines, jusqu'aux lombes. Le cordon testiculaire est libre, on le saisit, on le pince facilement ; tandis que, dans l'hydrocèle volumineuse, il est impossible de le distinguer à l'aide du tact à travers les parois de la tumeur : on ne sent pas non plus le testicule. L'hydrocèle marche lentement, le sarcocèle a une marche rapide. L'une de ces maladies dans l'espace d'un ou

deux ans n'a quelquefois qu'un volume médiocre ; l'autre, au contraire, acquiert souvent dans l'espace de quelques mois un volume considérable.

Malgré cet ensemble de signes, il reste, dans quelques cas, du doute sur la nature de la maladie ; une méprise à cet égard peut être commise, même par les praticiens les plus expérimentés. Cette incertitude dépend le plus souvent de la coexistence de l'hydrocèle avec l'engorgement squirrheux du testicule. « Quand on a du doute sur la « nature de la maladie, dit M. *Boyer*, il faut attendre que la tumeur « prenne des caractères plus tranchés. Quand le temps d'expectation « jugé convenable s'est écoulé, et que l'incertitude persiste toujours, « on plonge le trois-quarts dans la tumeur. Si c'est simplement une « hydrocèle, on pratique l'injection ; et on pratique sur-le-champ la « castration, si c'est un sarcocèle. »

L'hydropisie enkystée du cordon pourrait être confondue avec l'hydrocèle proprement dite ; cependant ces deux maladies présentent des différences qui permettent de les distinguer l'une de l'autre. La première, en effet, ne commence point par la partie inférieure des bourses ; elle se développe sur le trajet du cordon spermatique, et on sent aisément au-dessous d'elle le testicule. Cet organe, au contraire, dans la seconde de ces maladies, ne peut point être senti lorsque la tumeur est considérable ; au reste, il n'est jamais pendant à la partie inférieure des bourses. L'existence simultanée de l'hydrocèle et de l'hydropisie enkystée du cordon a été observée plus d'une fois ; dans le principe, on remarque deux tumeurs, l'une supérieure et l'autre inférieure. Les mouvemens imprimés à l'une ne se communiquent point à l'autre ; elles sont séparées par une espèce de dépression plus ou moins marquée ; ces deux tumeurs se rapprochent peu à peu, et il arrive une époque où elles se confondent.

Le prognostic de l'hydrocèle n'a rien de fâcheux. C'est une maladie qui ne compromet point l'existence des personnes qui en sont atteintes ; mais elle est fort incommode, surtout quand le volume de la tumeur est porté très-loin. Souvent elle détermine à la partie interne et

supérieure des cuisses des excoriations douloureuses et difficiles à guérir, à cause des frottemens qui ont lieu continuellement. De plus, cette maladie est, pour les organes de la génération, une difformité, qui, dans quelques cas, s'oppose d'une manière absolue à l'acte de la reproduction. Ordinairement l'hydrocèle s'accroît, pour ainsi dire, d'une manière indéfinie; sa durée est, par conséquent, illimitée. *Bertrandi* et *Sabatier* ont vu la tunique vaginale trop fortement distendue se rompre, cette rupture favoriser l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire ambiant, et donner lieu ainsi à une hydrocèle par infiltration. Dans ces circonstances, on voit en général la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire des bourses être résorbée; l'ouverture faite à la tunique vaginale se cicatriser, et la maladie primitive reparaître après un laps de temps plus ou moins long. M. *Boyer* cite dans son ouvrage l'observation d'un individu chez lequel cette infiltration séreuse détermina un abcès gangréneux, à la suite duquel l'hydropisie de la tunique vaginale fut complètement guérie.

Traitement. L'hydrocèle peut guérir spontanément. *Bertrandi* en cite un exemple : cette terminaison est excessivement rare. Il est presque toujours indispensable de recourir à une opération chirurgicale pour faire disparaître cette tumeur aqueuse. L'hydrocèle peut être traitée d'une manière palliative ou d'une manière radicale. La cure palliative consiste seulement à évacuer la sérosité contenue dans l'intérieur de la tunique vaginale. On renouvelle cette opération, lorsque la tumeur reparaît et qu'elle incommode le malade; cette espèce de traitement convient aux individus qui sont habituellement malades, et dont l'âge est très-avancé, dont la constitution est détériorée. Le même traitement est applicable dans les cas où il s'agit d'une hydrocèle volumineuse, où l'hydrocèle a paru dans le cours d'une maladie, et que depuis son apparition elle s'est amendée, ou qu'elle a complètement disparu.

Pour pratiquer la ponction de l'hydrocèle, on peut se servir de la lancette ou du trois-quarts : ce dernier instrument est généralement

préféré. L'opération, en effet, est plus simple ; le liquide s'écoule mieux, et son infiltration dans le tissu cellulaire est moins à redouter. Quand on se propose de pratiquer cette petite opération, on commence par raser les bourses du côté où existe la maladie ; on se procure un trois-quarts, des compresses, un suspensoire et un vase destiné à recevoir le liquide qu'on veut évacuer. Le malade, ayant les cuisses écartées, peut être debout ou bien assis soit sur une chaise, soit sur le bord de son lit. Il peut aussi être couché sur le dos, tenant les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, et les genoux tournés en dehors. Dans les deux premiers cas, le chirurgien est placé entre les cuisses du malade, et dans le troisième cas, il est placé vers le bord du lit. Après avoir assigné la position du testicule, il embrasse de la main gauche la tumeur par sa partie postérieure ; de la main droite il saisit le trois-quarts, préalablement enduit d'un corps gras, et, après avoir allongé le doigt indicateur sur la canule de cet instrument jusqu'au point où il veut borner son introduction, il le plonge à la partie inférieure et antérieure de la tumeur, en le dirigeant obliquement de bas en haut, et d'avant en arrière, et en lui faisant suivre une direction moyenne entre la paroi antérieure et la paroi postérieure de la tunique vaginale. Lorsque l'instrument est arrivé dans l'intérieur de cette membrane, ce que l'on reconnaît à un défaut de résistance qu'il éprouve, l'opérateur retire le poinçon de la canule, et il tient celle-ci avec le pouce et l'indicateur de la main gauche. Il a soin de suivre avec la canule pendant l'écoulement du liquide le mouvement de retrait du scrotum. Sans cette précaution, l'extrémité de la canule pourrait abandonner l'intérieur de la tunique vaginale, et le liquide, au lieu de s'écouler au dehors, s'infiltrer dans le tissu cellulaire. Des pressions modérées favorisent l'écoulement du liquide. Lorsqu'il s'est écoulé en totalité, on soutient les tégumens avec le pouce et l'index de la main gauche, placés sur les côtés de la canule, et on retire celle-ci avec le pouce et l'index de la main droite. On recouvre les bourses d'une ou deux compresses trempées dans un liquide résolutif, et on soutient le tout avec un suspensoire.

La cure radicale consiste non-seulement à évacuer le liquide épanché, mais encore à faire disparaître la cavité qui le contient, soit en enlevant la tunique vaginale, soit en déterminant l'adhérence de ses parois entre elles. Pour arriver à ce résultat, on a proposé les procédés suivans : l'incision, l'excision, la cautérisation, le séton, la tente, la canule, la bougie, les vésicatoires et enfin l'injection. Nous avons fait connaître quels sont les cas où le traitement palliatif est applicable; la guérison définitive de l'hydrocèle devra être tentée, toutes les fois que le malade se trouvera dans des conditions opposées.

L'incision de la tunique vaginale remonte à une époque très-reculée, puisqu'on la trouve décrite dans *Celse*, dans *Paul* d'Égine et dans *M. A. Severin.* Pour la pratiquer, on saisit de la main gauche la partie postérieure de la tumeur, qu'on incise dans sa partie moyenne de haut en bas. Lorsque la sérosité est évacuée, on remplit de charpie toute la cavité de la tunique vaginale. Ce premier pansement doit être fait avec beaucoup de soin; si l'on ne bourre pas, en effet, de charpie toute la surface interne de cette membrane séreuse, la maladie se reproduit. On surveille attentivement le malade. S'il se manifeste une inflammation trop vive, on la combat par des moyens appropriés. Le huitième ou le dixième jour de l'opération, la suppuration est suffisamment établie dans le fond de la cavité séreuse pour permettre d'enlever la charpie qu'on y a placée. On panse alors à plat, jusqu'à ce qu'on ait obtenu la guérison. L'incision est une opération douloureuse. Elle a l'inconvénient d'exposer à une inflammation assez vive pour déterminer le fonte du testicule, ou bien la dénudation de cet organe par suite de la gangrène de scrotum. Du reste, elle ne met point dans tous les cas à l'abri de la récidive, inconvénient qu'elle partage avec tous les autres procédés. L'incision est peu usitée aujourd'hui. On l'emploie seulement dans les cas où il règne de l'incertitude sur la véritable nature de la maladie, et dans les cas où la cavité de la tunique vaginale est partagée en plusieurs cellules. On peut aussi l'employer lorsque l'injection a été tentée sans succès.

L'excision, aussi ancienne que l'incision, est une opération longue,

laborieuse et douloureuse. Elle convient toutes les fois que la tunique vaginale est profondément altérée, qu'elle est épaissie, squirrheuse, qu'elle a acquis une dureté presque cartilagineuse, qui ne lui permet pas de revenir sur elle-même, de s'appliquer sur le testicule, de se couvrir de bourgeons charnus. Elle prévient peut-être plus sûrement le retour de la maladie que l'incision. Quand on a recours à cette méthode, on opère de la manière suivante : le malade étant convenablement placé, on saisit de la main gauche la partie postérieure de la tumeur, de manière à la faire saillir en avant sous les tégumens tendus. Si la peau est saine, on pratique une incision longitudinale qui intéresse le scrotum et le tissu cellulaire sous-cutané. Si elle est altérée, on circonscrit entre deux incisions semi-elliptique toute la portion altérée. Lorsque la peau a été incisée, la tumeur aqueuse, pressée par l'action de la main gauche, placée en arrière, est poussée au dehors. Quelques coups de bistouri suffisent pour l'isoler dans presque toute sa circonférence. On l'ouvre par sa partie moyenne, et avec des pinces et des ciseaux, on emporte les lambeaux latéraux le plus près possible du cordon et du testicule. Le pansement est ici le même que celui qui a été déjà indiqué. Les portions de la tunique vaginale qui n'ont point été excisées s'enflamment et se couvrent de bourgeons charnus. La même chose a lieu sur la face correspondante du scrotum. La plaie se rétrécit de jour en jour, et finit enfin par se cicatriser.

La cautérisation remonte à une époque moins reculée que l'excision et l'incision. Pratiquée d'abord avec le cautère actuel, elle a été exécutée ensuite avec le cautère potentiel. On avait proposé d'ouvrir la tumeur à l'aide d'une traînée de pierre à cautère, s'étendant depuis sa partie supérieure jusqu'à sa partie inférieure. *Guy de Chauliac* a démontré le premier qu'il suffisait de déterminer une escharre de la grandeur d'une pièce de quinze ou vingt sous à la partie antérieure et inférieure de la tumeur. L'escharre se détache au bout d'un temps plus ou moins long; la sérosité s'écoule, et la tumeur s'affaisse. A chaque pansement, des lambeaux de la tunique vaginale se détachent; la plaie se rétrécit de jour en jour, et cinq à six semaines après l'opération en obtient une

cicatrice fortement adhérente au testicule. La cautérisation, vivement préconisée par *Else*, chirurgien anglais, est aujourd'hui mise de côté.

L'irritation de la tunique vaginale, au moyen d'un corps étranger solide, a été aussi fortement préconisée. Il paraît que *Guy de Chauliac* est le premier qui ait proposé de provoquer cette irritation au moyen du séton. Ce procédé avait été exclusivement adopté par *Pott*. Ce chirurgien célèbre, après avoir pratiqué la ponction de l'hydrocèle selon les règles ordinaires, engageait dans la canule du trois-quarts une canule plus longue, dont il dirigeait l'une des extrémités vers la partie supérieure et antérieure de la tumeur. Il introduisait dans cette seconde canule un stylet, dont l'une des extrémités offrait une ouverture destinée à recevoir le séton, composé de plusieurs brins de soie; l'autre extrémité était pointue et servait à perforer les enveloppes du testicule de dedans en dehors. L'intérieur de la tunique vaginale était ainsi traversé par le séton, dont les deux bouts étaient noués lâchement au dehors, après que les canules qui avaient servi à le conduire avaient été retirées. Quelques jours après l'opération, le scrotum devenait tendu, douloureux. Si l'inflammation était trop vive, on la combattait par des cataplasmes émolliens, par des évacuations sanguines. Du douzième au quinzième jour, les parties commençaient à se dégorger. On retirait alors le séton, autant que possible, brin à brin, un par jour, et, lorsqu'il était entièrement extrait, on pansait avec de la charpie sèche les ouvertures faites supérieurement et inférieurement jusqu'à la guérison complète, qui ne se faisait pas long-temps attendre. *Pott* a employé beaucoup le séton avec succès; d'autres praticiens n'ont pas retiré de son emploi d'aussi grands avantages.

Je n'insisterai point ici sur l'emploi de la tente. C'est dans l'ouvrage de *Franco* qu'on trouve la première description de ce procédé. On fait à la tumeur une incision qui intéresse la tunique vaginale. On introduit dans cette incision une tente de charpie, qu'on renouvelle tous les jours jusqu'à ce que les parois de cette membrane séreuse aient contracté des adhésions entre elles. *Monro* conseille de promener, après l'évacuation du liquide, sur la face interne de la tunique vaginale l'ex-

trémité de la canule du trois-quarts, afin d'irriter cette membrane et de provoquer une inflammation adhésive. M. *Larrey* introduit dans la canule du trois-quarts une sonde de gomme élastique, qu'il laisse séjourner dans la cavité de la tunique vaginale, jusqu'à ce que l'inflammation adhésive qu'elle doit provoquer se soit établie. L'impression de la sonde de gomme élastique, à cause de la flexibilité et du poli dont elle jouit, est moins douloureuse que la canule du trois-quarts. Tous ces procédés, tels que ceux de *Pott*, de *Monro* et de M. *Larrey*, ont entr'eux la plus grande analogie. Ils ont tous l'inconvénient de ne produire qu'une inflammation partielle, circonscrite, qui s'étend difficilement à toute la tunique vaginale, laquelle ne contracte par conséquent des adhérences que dans certains points. Dans d'autres cas, l'inflammation une fois excitée peut faire des progrès alarmans et compromettre les jours du malade.

On s'est convaincu dans ces derniers temps que l'irritation que détermine l'application d'un vésicatoire sur le scrotum est susceptible de se propager à la tunique vaginale, de provoquer l'absorption du liquide que sécrète sa surface interne, et de faire disparaître enfin la cavité qui le contient. Le vésicatoire a réussi plusieurs fois entre les mains de M. *Dupuytren*. Ce nouveau procédé ne saurait être employé que dans les cas où l'hydrocèle est récente, peu volumineuse, et que les enveloppes du testicule ne présentent aucune altération organique. On ne fait, du reste, usage de ce procédé que sur les personnes qui, redoutant toute espèce d'opération, réunissent les conditions que nous venons d'indiquer.

L'idée d'irriter la surface interne de la tunique vaginale à l'aide d'un corps liquide appartient à *Lambert*, chirurgien de Marseille. Ce praticien se servait d'une dissolution de sublimé-corrosif, qu'il laissait séjourner plus ou moins long-temps dans l'intérieur de la tunique vaginale. Plus tard, on se servit de l'alcohol, et *Monro* y substitua le vin, trouvant l'alcohol trop irritant. M. *Dupuytren* fait usage du gros vin de Roussillon, dans lequel on fait bouillir, par pinte, deux onces de ro-

ses de Provins. Quand on se propose de mettre en usage le procédé de l'injection, on pratique la ponction de la tumeur, comme pour la cure palliative. Lorsque la totalité du liquide est évacuée, on imprime à la canule des mouvemens latéraux, pour s'assurer que son extrémité se meut librement dans l'intérieur de la tunique vaginale, et pour éviter de jeter le produit de l'injection dans le tissu cellulaire. Alors un aide, après avoir rempli une seringue de la capacité d'un quart de litre environ avec du vin préparé comme il a été dit plus haut, et dont la température est de trente-deux à quarante-deux degrés, engage l'extrémité de la canule de la seringue dans celle du trois-quarts, à laquelle elle doit s'adapter parfaitement; il pousse l'injection uniformément et avec douceur, tandis que l'opérateur maintient les deux instrumens unis l'un à l'autre. Lorsque la tumeur a repris son volume primitif, l'aide retire la seringue, et le chirurgien applique au devant de la canule du trois-quarts l'extrémité du doigt, afin d'empêcher le produit de l'injection de s'échapper. On laisse séjourner deux ou trois minutes le vin dans la tunique vaginale, puis on le retire. On renouvelle deux fois l'injection, en prenant toujours les mêmes précautions. A la dernière injection, on favorise avec beaucoup de soin l'écoulement du vin; on tâche de ne pas en laisser du tout dans la tunique vaginale, et, pour arriver à ce but, on en aspire jusqu'à la dernière goutte à l'aide de la seringue, dont on introduit la canule dans celle du trois-quarts. Lorsque l'opération est terminée, on recouvre le scrotum de compresses trempées dans le liquide qui a servi à faire l'injection, et on soutient le tout avec un suspensoire.

MM. *Boyer* et *Roux* se servent du vin ordinaire, auquel ils ne font aucune addition, afin de le rendre plus irritant, et dont, du reste, la température est de trente-deux à quarante-deux degrés. Ces deux habiles praticiens ne font que deux injections de quatre ou cinq minutes de durée chacune. Ils n'en pratiquent une troisième que lorsque le malade n'a pas témoigné une douleur vive, qui doit suivre le trajet du cordon testiculaire et se prolonger jusqu'aux lombes. Quelques prati-

ciens pensent que le procédé dont il s'agit ne procure la guérison définitive de l'hydrocèle qu'autant que le malade souffre beaucoup pendant chaque injection. Ainsi, M. *Richerand* veut qu'on prolonge les injections jusqu'à ce que les douleurs soient insupportables. D'autres, lorsque la première injection n'a pas provoqué de douleur, animent le vin qui sert à faire les injections, en y ajoutant une certaine quantité d'alcohol. Cependant on voit tous les jours des malades, qui pendant les injections ne souffrent pas ou souffrent très-peu, guérir néanmoins radicalement, tandis que quelquefois la maladie reparaît chez d'autres qui ont ressenti des douleurs très-vives.

Vingt-quatre heures après l'opération, quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard, les bourses deviennent chaudes, tendues, douloureuses; elles reprennent le volume qu'elles avaient avant l'opération. Il faut alors remplacer les fomentations vineuses par des cataplasmes émolliens, recourir même à des évacuations sanguines, si elles sont jugées nécessaires. Le gonflement dont il s'agit est dû en partie à l'engorgement du tissu cellulaire des bourses, en partie à un épanchement séro-sanguinolent, qui a lieu dans l'intérieur de la tunique vaginale. Peu à peu cet épanchement est résorbé. La portion de la tunique vaginale qui appartient au scrotum contracte des adhérences avec la portion qui recouvre le testicule, et la cavité de cette tunique disparaît ainsi pour toujours. C'est ordinairement trois semaines ou un mois après l'opération que la guérison est complète.

Le procédé de l'injection est généralement adopté. C'est, pour ainsi dire, le seul qu'on mette en usage pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle. La facilité, la simplicité de son exécution, le peu de douleur qu'il produit, l'avantage de pouvoir irriter également tous les points de la surface interne de la tunique vaginale, et de graduer cette irritation, soit en prolongeant ou en abrégeant le séjour du liquide, soit en augmentant ses propriétés excitantes, lui assurent sur tous les autres procédés une supériorité incontestable. Il convient dans tous les cas d'hydrocèle simple, et, dans ceux mêmes où il existe un engor-

gement chronique du testicule, il guérit non-seulement l'hydrocèle, mais encore souvent l'engorgement, dont la fonte est hâtée par l'irritation qu'on provoque.

Hydrocèle congéniale. Viguerie, chirurgien de Toulouse, est le premier qui ait appelé l'attention des praticiens sur cette espèce d'hydrocèle. Elle s'observe chez les enfans. Cependant on l'observe quelquefois chez les adultes. Le testicule peut être déjà descendu dans les bourses. Il peut aussi être retenu encore dans l'abdomen, ou bien engagé dans le canal inguinal, ou bien enfin arrivé à son orifice externe.

L'hydrocèle congéniale, indépendamment des symptômes qui appartiennent à l'hydrocèle accidentelle, a des caractères qui lui sont particuliers. Ainsi, lorsque le malade est couché sur le dos, la tumeur diminue de volume; si on la comprime méthodiquement de bas en haut, elle disparaît, et elle reparaît aussitôt que le malade se tient debout. L'espèce d'hydrocèle qui nous occupe est fréquemment compliquée de hernie. Cette complication se reconnaît à un mélange de parties opaques et de parties transparentes que présente la tumeur. L'hydrocèle congéniale peut guérir spontanément, mais presque toujours elle réclame les secours de l'art. Si le testicule n'est point encore descendu dans les bourses, il ne faut point chercher à obtenir la guérison radicale de la maladie. Il faut attendre que cet organe occupe le fond des bourses.

Viguerie, après avoir fait rentrer le liquide dans l'abdomen, exerçait une compression permanente au niveau de l'orifice externe de l'anneau inguinal. Il interceptait ainsi la communication du péritoine et de la tunique vaginale, et il prévenait ainsi le retour de la maladie, en déterminant l'adhérence des parois du canal qui établissait cette communicasion. La méthode de *Viguerie* est adoptée par beaucoup de praticiens; cependant elle ne réussit pas dans tous les cas : elle a échoué entre les mains de *Desault.* Ce chirurgien distingué traitait l'hydrocèle congéniale comme l'hydrocèle des adultes. Après avoir

évacué le liquide à l'aide du trois-quarts, il faisait exercer par un aide intelligent une forte compression au niveau de l'orifice externe du canal inguinal ; il injectait ensuite du vin dans l'intérieur de la tunique vaginale. Lorsque l'opération était terminée, il établissait au même endroit, à l'aide d'un brayer, une compression permanente. Il est inutile de rappeler que, quelle que soit la méthode qu'on suive, s'il existait une hernie congéniale qui compliquât l'hydrocèle, il faudrait commencer par en faire la réduction. Si d'anciennes et fortes adhérences ne permettaient pas d'en opérer la réduction, le traitement palliatif serait alors le seul qui fût indiqué.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem qui inter ipsos alacriores sunt. *Sect.* 1, *aph.* 13.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

IV.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

V.

A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

DISSERTATION

N° 194.

SUR LA CHLOROSE

(OU PÂLES COULEURS);

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR PIERRE-CHARLES NOËLAS, de Cusset,

Département de l'Allier.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur*.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Suppléant*.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur*. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL, *Examinateur*. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER, *Président*. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Suppléant*.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonnabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Examinateur*.	Velpeau.
Gerdy, *Examinateur*.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Comme un faible gage de mon amour et de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE,

MON AMI.

P.-C. NOËLAS.

DISSERTATION

SUR

LA CHLOROSE

(OU PÂLES COULEURS).

La maladie dont je vais essayer de donner ici l'histoire paraît avoir été de tous temps assez fréquente ; du moins elle paraît avoir fixé l'attention des médecins de la plus haute antiquité. *Hippocrate*, dans son livre sur les maladies des jeunes filles, entre déjà dans quelques détails sur ce sujet. La plupart des anciens médecins, qui ont écrit sur les maladies des femmes, en ont aussi fait mention; mais les noms qu'ils lui ont donnés sont aussi variés que les points de vue vrais ou faux sous lesquels ils l'ont envisagée.

Sennert et Roderic a Castro la nomment *maladie des vierges;* Ettmuller, *ictère blanc;* Langius, *fièvre d'amour;* Mercatus, *fièvre blanche, obstructions des jeunes filles.* Baillou lui a donné un nom très-certainement bien impropre, celui de *fœdi colores.* Enfin, les modernes, qui ont étudié cette maladie peut-être avec plus de soin, sans pouvoir néanmoins en déterminer nettement la nature, ont adopté le nom de *chlorose.* Ce nom, tiré du mot grec χλωρὸς, qui signifie *jaune, pâle, verdâtre*, est bien plus convenable ; en effet, il ne préjuge rien sur la nature de la maladie, et peint d'une manière satisfaisante un de ses symptômes les plus saillans.

La chlorose peut se manifester chez l'un et l'autre sexe ; mais les jeunes filles parvenues à l'époque de la puberté y sont plus sujettes. Les femmes mariées n'en sont par toujours exemptes ; l'état de veuvage, l'époque de la cessation des règles semblent favoriser son apparition chez elles ; enfin on a vu des jeunes garçons atteints de chlorose. Maintenant essaierai-je de déterminer la nature de cette maladie, de rechercher la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique ? ou admettrai-je, avec le célèbre *Pinel*, qu'elle n'est qu'un des symptômes de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée, et par cela même qu'on ne peut lui assigner une place comme maladie ? Mais la chlorose peut se manifester chez les filles qui continuent à être bien réglées ; on a cité, et moi-même j'ai connu une dame de trente-deux ans qui n'avait jamais été réglée, et qui cependant n'était jamais devenue chlorotique. Enfin, comme je l'ai déjà rapporté plus haut, les jeunes garçons sont quelquefois affectés de cette maladie.

Si je consulte l'opinion des anciens auteurs, je vois que leur croyance sur la nature de la chlorose et la place qu'ils lui ont assignée comme maladie est presque aussi variable que les noms sous lesquels ils ont cru devoir nous la faire connaître. *Ettmuller* la place dans les ictéries ; *Van-Swiéten* la comprend dans les cachexies, mot trop vague pour désigner une maladie particulière. *Cullen* la regarde comme une adynamie. *Hoffmann*, tout en la rangeant parmi les cachexies, la regarde comme dépendant principalement du dérangement de l'appareil digestif. Je ne peux que ressentir ici combien il y aurait de témérité de ma part à oser me prononcer d'une manière absolue parmi ces grands maîtres. M. le professeur *Desormeaux*, article *Chlorose* du Dictionnaire de médecine, s'exprime ainsi : « Si l'on m'objecte que cet ensemble de symptômes qui caractérisent la chlorose doit reconnaître pour cause immédiate quelque altération organique ou dérangement de quelque fonction importante, qu'il serait plus rationnel d'étudier en eux-mêmes, j'en conviendrai ; et je souhaite qu'un jour on puisse ainsi ramener cette affection à ses véritables élémens. Jusqu'à présent la chose me paraît impossible, la chlorose étant évidem-

ment produite par des causes eloignées différentes et qui doivent porter leur action sur des organes différens, l'anatomie pathologique ne nous montrant que des altérations qui paraissent être plutôt des effets des causes de la maladie elle-même, que la véritable cause immédiate des symptômes caractéristiques. »

Après avoir étudié, d'une part, les causes les plus probables de la chlorose, et de l'autre ses phénomènes les plus caractérisés dans les différentes classes de la société, je me suis déterminé à admettre deux espèces de cette maladie.

Première espèce. Chlorose par excès de sensibilité, qui coïncide avec une prédominance des systèmes nerveux et lymphatique.

Deuxième espèce. Chlorose par atonie générale, qu'accompagne une prédominance du système lymphatique.

Les symptômes, le diagnostic, la terminaison de ces deux espèces de chloroses sont toujours les mêmes : les causes et le traitement offrent quelque différence.

Causes prédisposantes. Une constitution délicate, un tempérament lymphatique, une vie molle, sédentaire, oisive, voluptueuse, si commune dans les grandes villes, me paraissent provoquer plus spécialement la première espèce de chlorose. Une disposition chlorotique héréditaire, le séjour des lieux bas et humides; l'abus des alimens indigestes, malsains, peu nourrissans ou pris en trop petite quantité; l'usage immodéré des boissons aqueuses, rarement des liqueurs alcoholiques, des vins de mauvaise qualité; l'époque de la première apparition des règles, le retard dans cette apparition, leur irrégularité, leur suppression ou leur diminution de quantité par différens accidens, tels qu'une frayeur subite, l'immersion des mains dans l'eau très-froide lorsque le corps est en sueur, me paraissent provoquer plus particulièrement la seconde espèce. Enfin on peut aisément placer en première ligne parmi les causes générales les affections

tristes, le chagrin prolongé, la perte de ses parens, un amour contrarié ou long-temps dissimulé, un état de crainte continuelle, les ennuis du veuvage, la privation des jouissances physiques de l'amour, ou des violences commises pour se procurer des jouissances que la nature réprouve. Enfin toutes les maladies de longue durée, toutes les causes capables d'affaiblir prédisposent à cette affection.

L'occlusion naturelle ou accidentelle de l'utérus ou du vagin ne peut être regardée comme cause spéciale des pâles couleurs; elle occasione une rétention, mais non pas la suppression des menstrues. Les secours de la chirurgie apportent ordinairement ici un remède promptement efficace.

Symptômes.—Première période. De la langueur, de la mélancolie, une tristesse insolite se manifestent chez la jeune fille menacée de chlorose. Elle devient paresseuse, des douleurs dans le dos, dans les lombes, dans les articulations se font ressentir. Elle pousse souvent des soupirs; la moindre contrariété, la moindre émotion lui font verser abondamment des larmes. La dyspepsie, l'anorexie, un embarras gastrique, muqueux, suivis de tranchées, de borborygmes se manifestent; bientôt la couleur naturelle de la peau et de toute l'habitude du corps s'altère, la face devient bouffie, pâle, jaune, comme plombée; les lèvres, les gencives se décolorent; les paupières sont œdémateuses, cernées; les yeux battus, la sclérotique devient souvent d'une blancheur inaccoutumée; les goûts les plus bizarres, les plus capricieux se manifestent; les mets d'une saveur douce étaient préférés antérieurement, maintenant les substances les plus sapides sont les seules qui plaisent. Les fruits verts, la craie, le charbon, les insectes mêmes les plus dégoûtans sont des mets délicieux. La malade se plaint de pesanteur à l'estomac, de cardialgie, de nausées, de rapports aigres. Souvent le matin en se levant elle vomit une grande quantité de glaires mêlées de bile; de nouveaux vomissemens se manifestent immédiatement après les repas, une nouvelle sensation de faim se fait sentir, et la nourriture est bientôt rejetée comme la pre-

mière fois ; de temps en temps des frissons se font sentir, le pouls est petit, faible ; la respiration difficile ; la malade ne se détermine qu'avec la plus grande répugnance à prendre quelque exercice, elle éprouve des palpitations, et devient bientôt toute essoufflée ; souvent une sorte de stupidité accompagne ces phénomènes.

Les malades chez lesquelles la sensibilité est exaltée, le système nerveux prédominant, voient un surcroît de symptômes se développer chez elles ; souvent le sommeil est troublé par des rêves effrayans. Cette jeune personne, qui jusque-là se faisait remarquer par sa douceur, par l'égalité de son caractère, devient capricieuse, irritable, d'une susceptibilité extrême ; son esprit exagère les peines qu'elle ressent ; des ris, une gaîté folle et désordonnée se manifestent parfois, et font bientôt place à la plus noire mélancolie. La perversion de l'appétit est ici extrême ; on m'a fait connaître à l'Hôtel-Dieu de Lyon une jeune fille d'un tempérament très-nerveux qui pendant la nuit se levait armée de ciseaux, dérobait des mèches de cheveux à ses compagnes, puis les dévorait avec délices.

Deuxième période. Tous les symptômes s'exaspèrent ; c'est ordinairement alors que la fièvre hectique se déclare et devient continue. La face prend une teinte plombée ; s'il était possible à la malade de faire encore un exercice modéré pendant la période précédente, elle est maintenant excédée de fatigue pour faire le plus petit mouvement. Les membres abdominaux deviennent œdémateux, surtout le soir ; la peau est sèche, terreuse ; les chairs sont molles, les lèvres sont livides, les gencives engorgées. Le sommeil devient plus difficile que jamais ; la malade se réveille souvent en sursaut. Des fantômes, des êtres fantasques la poursuivent partout et l'empêchent de reposer. L'amaigrissement fait des progrès rapides ; les viscères de l'abdomen s'engorgent, le ventre devient météorisé. Il existe des alternatives de diarrhée opiniâtre et de constipation ; une toux presque continuelle se déclare. La faiblesse devient extrême ; le pouls est petit, concentré,

à peine sensible ; enfin le marasme le plus complet, joint à l'altération des traits de la face, annonce une fin prochaine.

Je ne veux cependant pas terminer l'énumération des nombreux symptômes de la chlorose sans faire remarquer qu'il s'en faut de beaucoup que toujours ils apparaissent tous chez le même sujet et dans l'ordre que j'ai tracé. Très-communément la marche de la maladie est irrégulière, et les deux périodes que j'ai indiquées sont souvent peu distinctes. La chlorose est-elle de longue durée, elle amène fréquemment le développement de maladies secondaires bien plus dangereuses : la formation de tubercules pulmonaires, des affections organiques du foi, de la rate, du mésentère, etc., viennent compliquer la maladie, et la rendre le plus souvent incurable.

Autopsie cadavérique. On remarque les désordres propres aux maladies consécutives que j'ai dit être dans certains cas la suite de la chlorose ; on observe les mêmes altérations que l'on trouve chez les individus morts d'anémie. Le sang est peu coloré, la partie fibrineuse est très-peu abondante comparativement à la partie séreuse ; les poumons, le mésentère contiennent souvent des tubercules à l'état cru ou de ramollissement. On trouve des épanchemens de sérosité dans la cavité des séreuses ; des lésions du foie, de la rate, etc. Si aucun de ces désordres ne peut être spécialement attribué à la chlorose, parce qu'ils peuvent être aussi les effets des maladies qui l'accompagnent, il ne s'ensuit pas de là, je crois, que l'on puisse en conclure qu'aucune de ces lésions ne puisse trouver sa source dans la chlorose elle-même. « Si cependant, dit M. *Desormeaux* dans l'article déjà cité, on persistait à regarder cet ensemble de symptômes qu'on désigne sous le nom de *chlorose* comme produit par la lésion organique que l'ouverture du cadavre a mise au jour, je répondrais que chacune de ces lésions a des symptômes propres, différens de ceux de la chlorose, et qu'on ne voit le plus souvent se développer chez les chlorotiques qu'après que la maladie a déjà duré un certain temps ; que d'ailleurs on ne peut attribuer à des lésions aussi variables et aussi graves un en-

semble de symptômes assez constans, qui se développe et disparaît souvent avec facilité et promptitude. »

Diagnostic. Le diagnostic de la chlorose est facile; dans le plus grand nombre des cas, il suffit de deux ou trois de ses symptômes principaux pour la caractériser. L'âge de la malade, la couleur de la peau, qui est pâle, jaune, verdâtre, sans changement de couleur de la sclérotique; l'altération des fonctions digestives, enfin la suppression ou la diminution des règles achèveront de dissiper les doutes et rendront l'erreur difficile.

Prognostic. Tant que la maladie est à son premier degré, elle est sans danger, pourvu qu'elle ne soit pas déjà compliquée d'affections étrangères, et sa guérison s'obtient ordinairement sans beaucoup de difficultés; mais lorsque la chlorose est ancienne ou compliquée d'autres affections, le prognostic devient fâcheux, et les malades ne peuvent espérer de guérison que d'après la plus ou moins grande curabilité de la maladie secondaire.

Beaucoup de praticiens pensent que les filles qui ont été pendant long-temps chlorotiques sont stériles, ou ne donnent naissance qu'à des enfans faibles et maladifs.

Traitement. Il faut apporter beaucoup de soin dans l'examen de tous les symptômes, eu égard surtout à la constitution de l'individu, et à la nature des causes générales et particulières qui ont donné lieu à la maladie. Que vos premières recherches, répète souvent M. le professeur *Cayol* dans ses leçons de clinique, s'appliquent sans cesse à apprécier l'influence des circonstances et physiques et morales qui ont agi sur le malade que l'on vous présente; si vous avez le bonheur d'apprécier justement la nature de ces causes, si vous êtes assez heureux de pouvoir y soustraire votre malade, vous opérerez très-souvent des merveilles par ce seul moyen.

Ainsi donc, ici comme dans toutes les autres maladies, le premier

devoir sera de soustraire la malade à l'empire des causes occasionnelles et prédisposantes ; car ce serait se faire illusion que d'espérer, à l'aide de médicamens aussi énergiques et efficaces qu'ils soient, de combattre avec succès de graves désordres lorsque les malades sont encore sous l'influence du principe qui les fit naître.

La seconde indication consiste à rétablir le ton des organes digestifs et de l'économie tout entière. L'hygiène et la pharmacie peuvent y concourir puissamment.

Moyens hygiéniques. Ces moyens sont sans contredit les plus efficaces ; ils consistent à régler le régime de la malade avec tout ce qui l'entoure. La chlorose résulte-t-elle d'une atonie générale accompagnée d'une prédominance du système lymphatique, la malade devra user habituellement d'alimens toniques et excitans, choisir de préférence ceux où domine l'osmasome, tels que la viande de bœuf, de mouton, le gibier, les substances végétales toniques ; faire un usage habituel, mais modéré, d'un vin généreux. On disposera tout pour que la malade puisse respirer un air vif et pur, sec et chaud ; jouir fréquemment des bienfaits de l'insolation, habiter un appartement sec, situé au midi ou au levant, dégagé de tout voisinage d'eaux stagnantes, de forêts épaisses ; user de vêtemens chauds, propres et légers ; de temps en temps on pratiquera, à la surface du corps, des frictions sèches : elles faciliteront le retour de la transpiration, et ranimeront l'action vitale de la peau.

S'il y a excès de sensibilité, prédominance du système nerveux, il faudra que la malade évite les ragoûts aromatisés et épicés, les viandes très-riches en principes nutritifs, dures et de difficile digestion ; elle devra choisir de préférence celle des jeunes animaux ; le lait, les œufs, les végétaux ; faire usage de boissons douces, de vin de bonne qualité, mais peu généreux ; respirer un air doux, user de bains tièdes. On conseillera un exercice proportionné aux forces de la malade ; il fortifiera le système musculaire, et procurera une légère fatigue, aisément réparée par un sommeil paisible. Mais à

cet égard, comme à beaucoup d'autres, on rencontre souvent de graves obstacles dans le peu de bonne volonté des malades, et l'on sera obligé souvent de ne pas tenir compte des raisons qu'elles ne manqueront pas de faire valoir, pour démontrer la prétendue impossibilité où elles sont de s'y livrer.

La constipation chez les filles nerveuses chlorotiques est presque toujours constante ; on usera pour la combattre de lavemens émoliens, de bains tièdes. La matrice, participant ici à l'excès de sensibilité, est la source d'une foule d'anomalies nerveuses et de mouvemens désordonnés qui troublent toutes les autres fonctions ; on devra donc éloigner tout ce qui peut faire naître des idées lascives. La vue d'images indécentes, les conversations voluptueuses trop familières avec les individus d'un autre sexe, la lecture des romans, devront être défendues.

Traitement pharmaceutique. Il est variable selon les causes et les symptômes, enfin selon le degré d'ancienneté de la maladie. Deux indications spéciales doivent se partager la direction des remèdes : savoir, le trouble des fonctions de l'appareil gastro-intestinal et la rétentions des menstrues.

On emploie très-souvent les évacuans avec beaucoup de succès au commencement du traitement de la chlorose ; en effet, cette maladie étant toujours accompagnée du dérangement des digestions et souvent d'un embarras gastro-intestinal, on conçoit que, pourvu que cet appareil ne soit pas déjà le siége de graves altérations, les vomitifs et les purgatifs pourront devenir très-avantageux ; ils pourront imprimer une secousse favorable à l'économie, débarrasser l'estomac et les intestins des mucosités qui les tapissent, et les mettre dans une condition plus favorable à éprouver l'effet des médicamens toniques, que l'on doit administrer après.

L'ipécacuanha, comme vomitif, est préférable dans cette circonstance à l'émétique ; il agit plus sûrement, avec plus de promptitude, et jouit d'une propriété tonique fort avantageuse. Comme purgatifs,

la rhubarbe, le petit-lait tamariné, fréquemment employés par les praticiens de Lyon, sont très-efficaces.

A l'emploi des évacuans on doit faire succéder celui des substances amères et aromatiques; on conseillera les infusions de menthe, de germandrée, d'armoise, d'absinthe, de mélisse, de safran etc., édulcorées avec les sirops d'œillet ou d'écorce d'orange amère; puis on passera à l'administration de médicamens plus énergiques, aux vins de kina, d'absinthe, de quassia-amara, aux préparations martiales. Le fer est regardé par la généralité des praticiens comme un médicament héroïque dans cette maladie: il entre dans une foule de compositions dites *emménagogues*. Il en est une, conseillée par M. le docteur *Gardien*, que j'ai vu fréquemment employer avec succès; elle consiste dans une poudre composée de parties égales de kina, de safran et de carbonate de fer. On donne chaque jour trente grains de ce mélange, qui peut aisément se mettre en pilules. Parmi les liquides, j'indiquerai le vin chalybé, mais surtout les eaux minérales ferrugineuses naturelles ou artificielles, celle de Vichy, de Forges, de Contrexville, de Spa, de Passy etc. Elles doivent fixer l'attention du médecin par plusieurs raisons: leur usage est moins désagréable que celui des autres médicamens; prises sur les lieux, elles ont le double avantage d'influer à la fois sur le physique et le moral de la malade. En effet, l'air nouveau qu'elle respire, les nouveaux sujets de distraction qui l'entourent, les nouvelles occupations auxquelles elle peut se livrer, ne peuvent qu'être de puissans auxiliaires pour la guérison de sa maladie.

Mais il n'est malheureusement pas toujours permis au médecin de choisir librement parmi les moyens les plus efficaces; le nombre s'en trouve souvent singulièrement borné, relativement aux classes pauvres de la société. M. le docteur *Valée*, médecin à la Ferté-sous-Jouarre, où la chlorose est comme endémique, indique la composition d'une boisson que l'on peut se procurer aisément dans tous les pays, et qui peut devenir très-utile dans cette circonstance: c'est une dissolution aqueuse du tartrate de potasse et de fer (boule de Nancy).

On plonge la masse dans l'eau bouillante, et on la laisse plus ou moins long-temps suivant la quantité de substance ferrugineuse que l'on veut administrer. Cette liqueur peut être coupée avantageusement avec une petite quantité de bon vin.

On ne doit chercher à exciter l'apparition des menstrues que lorsque les forces, les digestions et les autres fonctions de l'économie se sont bien rétablies ; car avant cette époque, la faiblesse de la malade doit interdire toute évacuation sanguine : des menstruations forcées seraient beaucoup plus nuisibles qu'utiles. *Van-Helmont* assure avoir vu périr subitement de jeunes filles attaquées de chlorose qu'on avait eu l'imprudence de saigner.

Pour préparer le retour libre des règles et solliciter peu à peu les mouvemens qui doivent l'opérer, on peut employer divers moyens. La disposition atonique, avec prédominance du système lymphatique, est la seule qui réclame des moyens un peu actifs. Ceux qui sont le plus en usage et les plus utiles sont, les lavemens stimulans, les fumigations aromatiques dirigées vers l'utérus ; de temps en temps, l'application de quelques sangsues aux parties génitales, dans l'intention d'y attirer la congestion sanguine ; les frictions stimulantes, pratiquées à la partie interne des cuisses et sur la région hypogastrique. « Un autre moyen très-efficace pour provoquer le retour des règles, c'est l'électricité : quand elle est appliquée à propos et convenablement son succès est presque certain. » (*Royer-Collard*, article *Aménorrhée*, Dictionnaire des sciences médicales.) Il ne serait pas prudent de faire usage de certains emménagogues actifs et dangereux, comme de la rue, de la sabine : l'emploi mérite d'en être complètement abandonné, car on les a vus, dans certains cas, occasioner des hémoptysies, des convulsions et d'autres accidens funestes.

Lorsque la malade est douée d'un excès de sensibilité, que le système nerveux domine chez elle, on doit proscrire tous les moyens irritans, et se contenter de l'emploi continuel et persévérant de tous les moyens hygiéniques et adoucissans.

Je ne me permettrai ici que de dire quelques mots des soins que réclame la chlorose produite par un amour contrarié ou les ennuis du veuvage. On conçoit aisément que pour remplir l'indication thérapeutique dans ces cas, les seuls remèdes hygiéniques et pharmaceutiques pourraient devenir très-insuffisans ; il faut un remède plus proportionné au mal, il faut le mariage. Heureux si les préjugés, l'intérêt ou les raisons de convenance ne viennent mettre obstacle à l'union désirée ! *Equidem virginibus suadeo quibus tale quid accidit, ut citissimè cum viro conjungantur ; si enim conceperint, sanæ vadunt*, dit HIPPOCRATE dans son Livre sur les maladies des jeunes filles. Il faudrait cependant bien se garder d'employer inconsidérément ce moyen : dans les dernières périodes de la maladie, il deviendrait nuisible en épuisant les forces, qui ont besoin plutôt d'être rappelées ; il en serait encore de même lorsque l'âge, la faiblesse de la constitution, le peu de développement de la jeune fille, ne sembleraient pas devoir lui permettre de supporter les fatigues de la gestation. Le médecin s'attachera donc avant tout à ranimer l'économie tout entière, à lui donner du ton. L'espoir qu'il peut adroitement insinuer dans l'esprit de la malade l'aidera toujours beaucoup dans cette circonstance.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 3.

II.

Mulier non laborat podagrâ, nisi menses ipsi defecerint *Sect.* 6, *aph.* 29.

III.

Si mulieri menses nimios coercere volueris, quàm maximam mammis appone cucurbitulam. *Sect.* 5, *aph.* 50.

IV.

Si metus et tristitia multo tempore perseverant, melancholicum hoc ipsum. *Sect.* 6, *aph.* 23.

V.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Ibid.*, *aph.* 33.

ESSAI

N° 195.

SUR

L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

QUI SURVIENT PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 *août* 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR PAUL-AUGUSTE FENIOU, d'Aulnay,

Département de la Charente-Inférieure;

Ancien Élève de l'École pratique.

C'est elle qui neuf mois dans ses flancs douloureux
Porte un fruit de l'amour trop souvent malheureux,
Et sur un lit cruel, long-temps évanouie,
Mourante le dépose aux portes de la vie.
(LEGOUVÉ, Mérite des femmes.)

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur*.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant*.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur*.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur*. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Président*.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Examinateur*.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry, *Suppléant*.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy, *Examinateur*.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Puisse ce faible gage leur prouver ma reconnaissance éternelle.

A MES SŒURS.

ET A MON BEAU-FRÈRE,

GALLARD-LATOUCHE.

Amitié et union.

A MON AÏEULE,

ARNAUD-D'ARGENTEUIL.

Témoignage de respect et d'attachement.

P. A. FENIOU.

ESSAI

SUR

L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

QUI SURVIENT PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Des accidens nombreux qui menacent la femme en travail, un des plus fréquens, des plus terribles, est sans contredit l'hémorrhagie utérine; avec quelle rapidité ne frappe-t-elle pas ses victimes! Qui n'a été témoin de ces scènes douloureuses où, à l'effusion de la joie la plus douce, succèdent une douleur profonde et des regrets éternels?... Malgré les soins les plus assidus, les moyens les plus actifs, quel est le médecin qui n'a eu la douleur de voir expirer, baignée dans son sang, la femme qui, naguère encore, se livrait au bonheur d'être mère ?

Ce sujet serait bien au-dessus de mes forces, si j'avais la prétention de résoudre les difficultés qu'il présente; mais mon intention est d'exposer seulement ici le tableau le plus complet qu'il me sera possible des indications à remplir, des moyens à mettre en usage dans des cas d'une nature aussi grave, et pour lesquels on est si souvent appelé: heureux si j'atteins mon but!

Je diviserai ce travail en deux sections principales : dans la première, je parlerai de l'hémorrhagie qui survient pendant le travail de l'accouchement; dans la seconde, de l'hémorrhagie qui survient après l'expulsion du fœtus et de ses dépendances.

SECTION PREMIÈRE.

Hémorrhagie qui survient pendant le travail de l'accouchement.

Avant d'exposer les causes les plus fréquentes de ces hémorrhagies, je vais dire quelques mots sur les modifications qu'éprouve la matrice durant la gestation.

A peine la femme a-t-elle reçu le rudiment de l'être qu'elle doit vivifier, qu'une nouvelle vie commence pour elle. L'utérus devient le siége d'une fluxion vers lequel affluent les humeurs. Sa nutrition est plus active, son tissu, pénétré de sang, devient spongieux, se colore en rouge foncé; non-seulement les ramifications vasculaires qui rampent dans l'épaisseur de ses parois, mais encore leurs troncs jusqu'à une certaine distance, éprouvent une dilatation remarquable : leur flexuosité diminue, ils se redressent, se déroulent; le sang y afflue en plus grande abondance, y circule avec plus de rapidité; ajoutons à cela l'augmentation de vitalité de la matrice, l'état d'orgasme où elle se trouve, un corps étranger et vivant dont la présence entretient sans cesse ces modifications, et nous concevrons sans peine la fréquence de pareilles hémorrhagies.

Pour marcher avec le plus d'ordre possible dans l'énumération des causes si variées de l'hémorrhagie utérine, je les diviserai en causes *immédiates* ou *prochaines*, en causes *excitantes* ou *éloignées* : les premières renfermeront le décollement du placenta, la rupture du cordon ombilical, la rupture de la matrice, l'inertie de cet organe; les secondes, tout ce qui peut augmenter ou affaiblir l'action de l'utérus, tout ce qui peut déterminer une congestion sanguine vers cet organe.

1°. *Décollement du placenta.* Lorsqu'au moment de l'accouchement le placenta se décolle, les communications de l'utérus avec ce corps se trouvent interrompues; les bouches des vaisseaux qui établissent cette communication restant béantes, versent le sang en plus ou moins grande abondance. Ce serait peut-être ici le cas de discuter le mode d'union de l'utérus avec le placenta. L'opinion des auteurs étant partagée sur ce point, il y aurait trop de prétention de ma part à m'établir juge entr'eux.

MM. *Velpeau* et *Laulh* fils, dont les opinions en cette matière méritent un grand poids, après des recherches nombreuses faites avec le plus grand soin, sont arrivés à conclure qu'il n'existait pas de communication directe entre l'utérus et le placenta. Le premier de ces auteurs dit : « Le placenta est seulement appliqué à la surface de l'utérus, et y puise les matériaux susceptibles de se transformer en un sang accommodé à la délicatesse de l'enfant. » (Leçons orales sur les accouchemens.) «La seule communication qui pût être admise, dit M. *Laulh* fils, serait celle qui se ferait par des vaisseaux qui présentent tous les caractères des lymphatiques, et qui, se terminant dans les vaisseaux sanguins de l'un de ces organes, paraissent être comme greffés sur ceux de l'autre. »

D'un autre côté, M. *David Williams*, de Liverpool, ayant fait parvenir des injections huileuses de l'aorte ventrale de la mère jusqu'au cordon ombilical, croit devoir conclure que ce passage ne s'est pas effectué à travers un organe sécréteur, mais bien à travers des vaisseaux assez dilatés pour donner également passage aux globules du sang. Quoi qu'il en soit de ces opinions, les résultats heureux des injections peuvent, je crois, expliquer une communication directe entre l'utérus et le placenta.

Le décollement du placenta peut être la cause immédiate de l'hémorrhagie : il est alors produit par un coup, une chute, une secousse brusque; mais on conçoit en même temps que ces cas doivent être extrêmement rares : la cavité de la matrice étant exactement remplie par l'œuf, le placenta se trouvant également soutenu de tous côtés,

il faut nécessairement supposer que le choc, le mouvement qui lui a été imprimé a été plus considérable que celui imprimé à la matrice elle-même, ce qu'on conçoit ne devoir arriver que lorsque le placenta a acquis un très-grand volume. Dans ce cas, l'écoulement de sang n'est précédé d'aucun symptôme de congestion, et suit immédiatement l'action de la cause. Le peu de longueur du cordon ombilical, qui durant l'accouchement tiraille sur le placenta, la sortie brusque de l'enfant, qui entraîne avec lui ses membranes, et est alors dit *né coiffé*, sont autant de causes qui peuvent amener le décollement de ce corps.

Si, dans des cas de cette nature, le décollement du placenta se fait primitivement, je pense, avec M *Desormaux*, que le plus souvent il est consécutif aux efforts du sang, qui cherche une issue, et qui rompt les adhérences entre ces deux corps. Il s'écoule ordinairement alors entre l'action de la cause et l'écoulement du sang un temps plus ou moins long, pendant lequel on voit se développer tous les symptômes d'une congestion vers l'utérus. Qu'à cette époque, on emploie un traitement approprié, on parvient à dissiper ces symptômes et à prévenir l'écoulement sanguin. Les causes de ces hémorrhagies n'agissent jamais avec plus d'efficacité qu'à l'époque du flux menstruel; souvent elles n'en reconnaissent pas d'autres qu'une pléthore, une affection morale vive.

Si rien ne s'oppose aux contractions de la matrice, en revenant sur elle-même elle procure le resserrement des vaisseaux, et l'hémorrhagie sera bientôt arrêtée. Que de causes malheureusement peuvent s'opposer à cet heureux résultat! Un vice de conformation, soit de la part de la mère, soit de la part de l'enfant, un corps étranger, un obstacle insurmontable, l'inertie de la matrice, voilà autant de circonstances qui expliquent la fréquence de ces hémorrhagies.

Il me reste encore à parler d'un autre genre d'hémorrhagie, produite également par le décollement du placenta, qui présente des caractères particuliers auxquels une partie des considérations qui viennent d'être établies peut seule être appliquée : c'est l'hémorrha-

gie produite par l'insertion du placenta sur la surface interne du col de la matrice. Cette hémorrhagie doit être considérée comme de l'essence même de la parturition. (*Gardien.*) En effet, au moment de l'accouchement, le col de la matrice subit une dilatation d'autant plus grande que le travail est plus près de sa fin. Le placenta, corps spongieux, adhérant par ses autres points au corps de la matrice, ne peut se prêter à une grande distension et suivre le col dans la dilatation considérable qu'il éprouve ; les tiraillemens qui en résultent amènent son décollement, et par suite une hémorrhagie le plus souvent funeste à la mère et à l'enfant. L'utérus, irrité, livre passage au sang que cette irritation a appelé dans ses vaisseaux. Lors même que les points d'adhérence résistent, cette hémorrhagie ne tarde pas à devenir externe, les canaux vasculaires qui parcourent le placenta se déchirent, laissent écouler le sang avec une abondance et une rapidité souvent effrayantes.

2°. *Rupture des vaisseaux ombilicaux.* La possibilité d'une hémorrhagie provenant soit d'une rupture par violence extérieure, soit d'une lésion organique des vaisseaux du cordon, n'est pas admise par tous les auteurs. *Delamotte* seul rapporte une observation d'hémorrhagie dans laquelle le sang paraissait sortir par transsudation, à la suite d'une lésion organique de la veine ombilicale. Quant aux observations de *Levret* et de M. *Ollivier*, tendant à prouver la possibilité d'hémorrhagie à la suite d'une rupture des vaisseaux du cordon par violence extérieure, sont-elles assez concluantes?

3°. *Rupture de la matrice.* Cette rupture, qui arrive ordinairement à la suite de contractions violentes de la matrice, est une cause heureusement assez rare d'hémorrhagie utérine. Le fond de cet organe, ses côtés, son col, sont le plus souvent le siége de ces ruptures.

L'inertie de la matrice survenant le plus ordinairement après l'accouchement, je me réserve d'en parler dans la seconde section.

L'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice, des corps étrangers contenus dans son intérieur, l'état squirrheux de son col,

un exercice violent qui nécessite l'emploi subit, forcé ou prolongé de l'action musculaire, des secousses fréquentes, des coups sur l'abdomen, des chutes, des avortemens antécédens, l'usage de corsets trop serrés, sont autant de causes qui peuvent modifier singulièrement l'action des fibres utérines.

Un état pléthorique, une vie succulente, molle, inactive; l'abus des spiritueux, des emménagogues, des bains chauds; une constitution faible, détériorée par des maladies graves; l'habitation de lieux malsains, l'émanation de substances délétères, une leucorrhée habituelle, des affections vives de l'âme, et mille autres causes encore, peuvent déterminer une congestion sanguine vers l'utérus, et donner lieu par suite à une hémorrhagie abondante.

Lorsque les membranes sont encore intactes, quelles sont les causes qui rendent l'hémorrhagie interne ou externe? Toutes les fois que le sang s'accumule dans l'intérieur du placenta, elle est interne; externe, au contraire, toutes les fois que l'écoulement provient d'un des points de l'utérus correspondant à la circonférence du placenta. Le sang gagne l'orifice utérin, et s'échappe en décollant peu à peu la membrane caduque. Cela ne peut être vrai cependant que dans un certain nombre de cas, car une hémorrhagie utérine abondante qui aura lieu dans l'intérieur du placenta peut facilement, en décollant ses bords, devenir externe, tandis qu'une hémorrhagie de la circonférence peu abondante peut facilement aussi rester interne. Les membranes une fois rompues, d'autres causes peuvent rendre l'hémorrhagie interne : un caillot de sang ayant contracté une adhérence intime avec les parois de l'utérus, la tête de l'enfant exactement appliquée à l'orifice du col utérin, peuvent y remplir l'office d'un tampon. Ces circonstances rendront nécessairement l'hémorrhagie interne.

Diagnostic. On a distingué les hémorrhagies utérines en *internes* ou *latentes*, en *externes* ou *apparentes*, suivant que le sang s'écoule au-dehors ou s'accumule dans la cavité de la matrice. L'hémorrhagie ex-

terne est si facile à connaître, que je ne m'arrêterai pas sur son diagnostic. Celui de l'hémorrhagie interne n'est pas aussi facile à porter; on la reconnaîtra cependant aux signes généraux des hémorrhagies : la femme éprouve un sentiment de pesanteur, de tension douloureuse dans la région de la matrice et des aines; une sensation de chaleur se répand dans cet organe; les extrémités deviennent froides. Si cette hémorrhagie a lieu après l'accouchement, l'utérus peut reprendre un volume égal, quelquefois supérieur à celui qu'il avait auparavant; des tiraillemens se font sentir dans la région épigastrique, et cette sensation est rapportée par la malade au sentiment de la faim; son visage pâlit, ses traits s'altèrent, sa vue s'obscurcit, son pouls devient faible; elle marche de syncope en syncope, et la mort termine bientôt cette scène affligeante.

Les caractères que présente l'hémorrhagie produite par l'implantation du placenta sur le col de la matrice ne permettent guère de la méconnaître. Si, vers le sixième ou septième mois de la grossesse, on voit survenir sans cause connue une hémorrhagie peu abondante, s'arrêtant spontanément ou cédant au traitement le plus simple; si après un certain temps cette hémarrhagie se renouvelle encore sans cause connue, devient plus abondante, plus rebelle au mode de traitement; si cette hémorrhagie enfin se reproduit à des intervalles de plus en plus rapprochés, en augmentant d'intensité jusqu'au moment de l'accouchement, on peut prononcer sans crainte qu'on a affaire à une hémorrhagie produite par l'insertion du placenta sur le col de la matrice. La marche que je viens d'indiquer n'est cependant pas toujours constante; quelquefois, dès les premiers retours, l'hémorrhagie devient tellement abondante, qu'elle menace les jours de la mère. Elle se manifeste le plus souvent à l'époque de l'accouchement; il est cependant des cas où elle se montre dès les premiers temps de la grossesse, pour ne plus reparaître qu'à la fin. Cette hémorrhagie offre cela de particulier qu'elle est plus abondante durant les contractions de la matrice, ce qui est l'inverse pour les autres hémorrhagies. Ce phénomène est, du reste, facile à expliquer.

La sortie de l'enfant peut seule faire reconnaître l'hémorrhagie provenant de la rupture ombilicale. Quant aux signes diagnostiques de la rupture de la matrice, ils sont assez faciles à saisir. Au moment d'une forte contraction utérine, d'un effort violent, la femme éprouve comme la sensation d'une déchirure intérieure; une chaleur douce se répand aussitôt dans l'abdomen; bientôt ses traits s'altèrent, son pouls devient faible; elle tombe en syncope; un écoulement abondant de sang se manifeste aussitôt par la vulve.

Prognostic. Le prognostic des hémorrhagies utérines est en général alarmant; il est proportionné à l'intensité, à la durée de l'écoulement, à l'époque du travail où il se présente, à la constitution de la femme. Il en est, en effet, chez lesquelles la perte de quelque once de sang produira un plus grand affaiblissement, des symptômes plus graves, que chez d'autres la perte de plusieurs livres de ce liquide... L'hémorrhagie qui a pour cause l'insertion du placenta sur le col est fâcheuse pour la mère et surtout pour l'enfant, qu'elle fait presque toujours périr. « Si, dans ce cas, dit M. *Capuron*, les douleurs s'éteignent, si le sang cesse de couler, la femme est sur le bord de la tombe, et l'enfant a presque toujours déjà succombé. » La rupture de la matrice, quoique entraînant des accidens graves, n'est cependant pas essentiellement mortelle, surtout si c'est le col de cet organe qui ait souffert.

Traitement. Ralentir, s'il est possible, l'afflux du sang vers l'utérus, déterminer le resserrement de ses vaisseaux, les contractions de cet organe, telles sont les indications à remplir dans les cas d'hémorrhagie, quelle qu'en soit la nature. La conduite à tenir doit être subordonnée à l'état du col, au lieu d'insertion du placenta, à l'intensité de l'hémorrhagie. Si le travail est à son début, le col à peine dilaté, l'hémorrhagie peu abondante, ralentir la circulation, voilà le but principal. Pour cela on exposera la femme à un air frais; on lui fera prendre une position horizontale, le bassin plus élevé que le reste

du corps; on administrera en même temps des boissons rafraîchissantes : l'application sur l'hypogastre, la vulve, les cuisses, de compresses trempées dans de l'eau froide ou de l'oxycrat est également indiquée. On évitera soigneusement le refroidissement des extrémités.

Si l'hémorrhagie provient d'un état de pléthore, de congestion sanguine vers l'utérus, l'hémorrhagie elle-même en serait le remède le plus assuré, si on pouvait se flatter de l'enrayer à volonté; mais, comme on doit peu compter sur une pareille réussite, on pratiquera avec avantage une saignée du bras. Pour rendre son effet plus sûr et plus révulsif, on fera une ouverture fort étroite, on appliquera de temps en temps le doigt sur cette ouverture pour retarder l'écoulement du sang. Les autres révulsifs sur tous les points du corps ne devront pas être négligés. Ces moyens suffisent dans quelques cas, mais dans un grand nombres d'autres ils sont insuffisans. Le seul parti qui reste alors à prendre est de provoquer l'accouchement, ou de le terminer en allant à la recherche des pieds. Si le col est assez dilaté, aminci, il suffit quelquefois de percer la poche des eaux; la matrice se contracte alors, revient sur le fœtus, l'embrasse, l'hémorrhagie cesse pour le plus souvent, et l'accouchement se termine sous l'influence des seules forces de la nature.

Mais si le col est peu dilaté, dur, il faut s'efforcer de procurer la dilatation. Deux méthodes se présentent pour obtenir ce résultat. Dans la première les doigts sont introduits dans l'orifice du col utérin, et ont obtenu sa dilatation. La main est introduite dans la cavité de la matrice pour extraire le fœtus et ses dépendances le plus promptement possible. *Puzos*, cherchant à se conformer davantage à la marche de la nature, s'y est pris de la manière suivante : les doigts sont successivement introduits dans l'orifice du col pour le dilater. Le degré de force employé sera proportionné au degré de la résistance. L'autre main appliquée en même temps sur l'hypogastre opère des frictions avec des linges chauds; on interrompt de temps en temps cette opération : on a vu des cas où ces moyens suffirent pour ramener les contractions utérines. Si la poche des eaux faisait saillie,

il faudrait la rompre, et abandonner l'accouchement à la nature, si la position de l'enfant était convenable et l'état de la matrice satisfaisant. L'hémorrhagie s'arrêtera surtout si la matrice conserve assez de force pour revenir immédiatement sur elle-même après la rupture de la poche.

Si, les eaux écoulées les contractions ne surviennent pas, si le sang continue toujours à s'échapper, il faut aussitôt aller à la recherche des pieds. On procédera à cette manœuvre avec lenteur. Les pieds attirés au-dehors, on interrompra l'opération pour donner le temps à la matrice de revenir sur elle-même. On recommencera, après une pause, à opérer des tractions douces sur l'enfant, jusqu'à ce qu'on ait amené les hanches. On interrompra la manœuvre, puis on terminera l'accouchement, sans avoir égard aux conseils des auteurs qui recommandent de laisser la poitrine de l'enfant au passage. Cette manœuvre, outre qu'elle est inutile à la mère, est souvent mortelle pour le fœtus. Cette méthode doit être, en général, préférée à la première, qui ne mérite pas cependant tous les reproches qu'on lui a adressés, et qui pourrait être pratiquée avec succès dans certains cas où la méthode dite de *Puzos* serait impraticable.

Si la dilatation du col devient impossible, si l'hémorrhagie prend un caractère tellement formidable qu'elle menace les jours de la mère et de l'enfant, les méthodes dont je viens de parler sont insuffisantes; il faut avoir recours à un moyen plus héroïque, préconisé par *Leroux* de Dijon, son auteur : je veux parler du tampon. C'est surtout dans les hémorrhagies produites par l'insertion du placenta sur le col de la matrice que ce moyen est recommandé; sa présence excite les contractions de l'utérus, favorise la prompte dilatation du col, qui est suivie d'une prompte délivrance.

L'insertion du placenta est-elle centrale, est-il décollé d'un côté, l'accoucheur doit le soulever pour favoriser la formation de la poche des eaux; la compression opérée par cette poche a suffi quelquefois seule pour arrêter l'hémorrhagie. Il y a des praticiens qui ne craignent pas de recommander de pénétrer dans la matrice, et d'aller

chercher l'enfant à travers la substance du placenta. Ce moyen est dangereux, parce qu'on ne peut parvenir dans la cavité de la matrice sans déchirer les racines des vaisseaux ombilicaux, et augmenter ainsi l'hémorrhagie. D'ailleurs la substance spongieuse du placenta permettra difficilement à l'enfant de le traverser, et pour peu que l'opération traîne en longueur, on ramène l'enfant privé de vie.

Si la tête se présentait dans l'excavation du bassin, si elle était hors de la cavité de la matrice, les praticiens les plus distingués conseillent, de préférence à la version, l'application du forceps, qui, selon ces auteurs, doit être appliqué toutes les fois que l'enfant présente la tête.

Si l'hémorrhagie provient de la rupture de la matrice, les soins doivent se diriger plutôt vers cet accident que vers l'hémorrhagie elle-même, qui cessera avec la cause. Si le col seul a souffert, le tampon, qui agit sur le siége même du mal, en sera le remède le plus efficace.

DEUXIÈME SECTION.

Hémorrhagie utérine qui survient après l'accouchement.

La matrice, débarrassée du produit de la conception, revient sur elle-même; le placenta, qui, pendant les contractions qui ont amené l'expulsion de l'enfant, a été tiraillé, se trouve privé en tout ou en partie de ses moyens d'union avec cet organe; il devient corps étranger, et, pressé par les contractions utérines, il est expulsé à son tour. La matrice a repris sa forme ordinaire, elle ne dépasse guère les pubis, au-dessus desquels elle se fait sentir sous la forme d'un corps dur, oblong; les vaisseaux, qui pendant la grossesse avaient acquis un volume assez considérable, se rétrécissent, reprennent leur flexuosité, l'hémorrhagie devient alors impossible.

Si la présence d'un corps étranger, d'une portion du placenta qui a conservé des adhérences, des caillots de sang, des dilacérations du tissu de la matrice; si toute autre cause qui a distendu avec trop

de force les fibres de cet organe, affaibli leur contractilité, vient entraver cette marche salutaire, l'hémorrhagie peut avoir lieu. On devra d'autant plus la redouter que la femme y aura été plus sujette aux autres accouchemens, que le travail aura été plus long, la manœuvre plus violente. L'hémorrhagie peut également survenir à la suite d'un accouchement trop prompt, qui, surprenant pour ainsi dire la contractilité de la matrice, ne lui donne pas le temps de revenir sur elle-même.

Tant de causes variées d'hémorrhagies peuvent cependant être ramenées à deux principales : la stimulation et l'inertie de la matrice, dont toutes les autres doivent être regardées comme des variétés. L'hémorrhagie, en effet, peut survenir malgré la contraction, le resserrement de l'utérus ; une vive irritation existe alors, cet organe se trouve sous l'influence d'une congestion sanguine, qui devient cause de l'hémorrhagie.

L'inertie de la matrice est, de toutes les causes d'hémorrhagies qui surviennent après l'accouchement, et la plus commune et la plus terrible ; une hémorrhagie qui a eu lieu pendant le travail, qui a privé le sang des vertus stimulantes qui lui sont nécessaires pour exciter les contractions de l'utérus, un travail trop long, des manœuvres brusques et prolongées, la constitution délabrée de la femme, sont autant de circonstances qui amènent ce résultat fâcheux. Le volume, la flaccidité, le défaut de dureté de la matrice, la facilité qu'on éprouve à y introduire la main, la font aisément reconnaître. Les hémorrhagies que cet accident développe sont tellement abondantes, qu'on leur a donné le nom de *foudroyantes;* elles peuvent être externes si rien ne s'oppose à l'issue du sang, internes, au contraire, si un des obstacles que j'ai déjà énumérés s'oppose à son issue. La première est facile à reconnaître, la seconde exige plus d'attention.

Rien de plus obscur, de plus insidieux, en effet, que la marche de cette perte utérine ; si la femme n'a auprès d'elle que des personnes incapables de juger son état, elle peut être foudroyée avant qu'on ait

même soupçonné le danger qu'elle court; elle éprouve un besoin irrésistible de dormir, un bien-être trompeur. Si on la laisse se livrer à ce sommeil perfide, si on ne surveille scrupuleusement ce sommeil, on la voit se réveiller dans un état de faiblesse tel, qu'elle peut à peine parler; le sang coule avec abondance; son pouls, d'abord faible, devient intermittent; elle pâlit, ses traits se décomposent, des syncopes fréquentes se succèdent, une sueur froide découle de toute la surface de son corps, les convulsions arrivent, et la mort ne tarde pas à terminer cette scène d'angoisses. Le premier soin de l'accoucheur sera donc, l'accouchement terminé, de porter une main sur l'hypogastre de la femme, afin de s'assurer de l'état de la matrice. S'il trouve à peu de distance des pubis un corps dur revenu sur lui-même, l'hémorrhagie n'est pas à craindre. Si, au contraire, un corps volumineux, mou, flasque s'y présente, il est à craindre que l'hémorrhagie ne soit déjà déclarée et que la matrice se remplisse de sang.

L'hémorrhagie utérine qui survient après l'accouchement peut être produite par la stimulation de cet organe. En voici les caractères : le placenta expulsé, on sent l'utérus, contracté, revenu sur lui-même; mais peu d'instans après des douleurs se font sentir, des contractions nouvelles surviennent, la matrice expulse des caillots de sang qu'elle contenait dans son intérieur. Ces contractions, d'autant plus violentes, d'autant plus douloureuses qu'elles sont plus répétées, finissent par amener des symptômes qui sont propres à ce genre d'hémorrhagie. La femme éprouve des douleurs vives dans la région de la matrice, une chaleur âcre, insupportable dans cet organe; elle s'agite sans cesse, elle ne peut tenir aucune position, elle est dans un état d'anxiété inexprimable. L'hémorrhagie persiste-t-elle, les syncopes surviennent, se succèdent, et la mort ne tarde pas à la frapper. Je ne parlerai point de la nature de cette hémorrhagie, en énumérant ses causes, c'est assez la faire connaître. Plus le sujet est jeune et vigoureux, plus les chances de succès sont nombreuses. Les femmes conservent souvent pendant toute leur vie les traces de ce fléau.

Traitement. Le traitement des hémorrhagies qui surviennent après l'accouchement doit se baser sur la nature même de cette hémorrhagie ; suivant, en effet, qu'elle est produite par stimulation ou par inertie, les indications à remplir ne sont pas en tout les mêmes.

Dans le cas de stimulation, outre les moyens généraux qui conviennent à toutes les hémorrhagies, les révulsifs, comme les saignées générales ; les ventouses ; les dérivatifs, comme les vésicatoires, les frictions de tous genres, devront être employés. M. *Velpeau* a appliqué avec succès, dans un cas de cette nature, un sinapisme à la région interscapulaire : ce moyen, regardé par son auteur comme héroïque, ne doit pas être négligé, si l'on veut opérer une dérivation puissante.

Dans les cas d'inertie, au contraire, il faut non-seulement diminuer le cours de la circulation, mais encore s'efforcer de rendre aux fibres utérines la contractilité qu'elles ont perdue. Les moyens généraux déjà indiqués suffisent quelquefois pour dissiper ces symptômes, ils concourent dans tous les cas à les diminuer. On doit répéter les frictions sur l'abdomen pour ranimer l'action de l'utérus, appliquer des compresses trempées dans l'eau froide, employer également l'eau à la glace, faire dans la cavité de la matrice des injections astringentes.

Le plus grand nombre des femmes sont dans l'habitude d'établir une compression circulaire à l'aide de plusieurs serviettes, dans le but de prévenir les rides qui surviennent assez souvent après l'accouchement. Si la coquetterie des personnes qui mettent ce moyen en usage est trompée, puisqu'il ne s'oppose pas toujours à l'inconvénient que l'on veut prévenir, son emploi ne peut-il pas être avantageux dans dans un autre but? Après l'acchouchement, les parois abdominales, long-temps distendues par la matrice, devenues molles, flasques, peuvent-elles toujours s'opposer avec efficacité à l'effort des viscères qui vont peser sur elles? La compression circulaire ne sera-t-elle pas un auxilliaire puissant? Dans le cas d'hémorrhagie, la compression circulaire, inutile lors de l'écoulement, puisqu'elle ne peut agir im-

médiatement sur les vaisseaux utérins, ne deviendra-t-elle point un moyen efficace lorsque l'hémorrhagie terminée, la matrice revenue sur elle-même, conserve cependant encore des dispositions à un nouvel écoulement? La compression que cet organe éprouve ne peut-elle pas aider de plus en plus ses contractions, et s'opposer à une nouvelle dilatation. Des praticiens distingués qui mettent ce moyen en pratique, ont eu souvent à s'applaudir de sa réussite.

Si malgré ces moyens l'écoulement continue en abondance, il devient urgent d'employer d'autres secours : un des plus puissans est l'introduction de la main dans la cavité de la matrice; on la débarrasse des caillots de sang qui s'y sont amassés; on la laisse séjourner jusqu'à ce que les contractions utérines la chassent avec le reste des caillots. Si les contractions tardent trop à se montrer, on excitera sa surface interne avec la pulpe des doigts : cette irritation en procurera probablement les contractions.

Une foule d'autres moyens ont été proposés; il n'en est peut-être pas qui soit suivi de plus de succès que l'emploi du seigle ergoté depuis xx jusqu'à L gr. Les expériences, déjà nombreuses, tentées sur l'administration de ce médicament, tendent à prouver l'efficacité de son action sur le système contractile de la matrice; on a vu les contractions de cet organe, que tous les moyens employés n'avaient pu mettre en jeu, apparaître immédiatement après l'administration de cette substance; on pourra donc associer son emploi avec avantage à celui des autres moyens déjà préconisés.

Bigeschi veut qu'on introduise dans la matrice une éponge imbibée d'eau vinaigrée, et qu'on la promène sur les parois de cet organe; je crois préférable le moyen suivant : prendre un citron dépouillé de son écorce, l'introduire avec la main dans la cavité de la matrice, en exprimer le jus, dont les vertus astringentes doivent agir directement sur ses contractions. On peut aussi promener sur sa surface, et avec le plus grand succès, plusieurs morceaux de glace.

Pasta a conseillé d'injecter dans la matrice des acides forts, tels que

l'acide sulfurique, nitrique....., afin de déterminer des escharres, qui s'opposent à l'issue du sang. Ce moyen doit être rejeté comme meurtrier, car il est probable, dit madame *Boivin*, que *Pasta* n'a jamais fait usage de son infernal remède !

C'est dans un cas de cette nature que le tampon doit être appliqué. Voici comment on s'y prendra : j'emprunte les paroles de son auteur. « Ce moyen, dit *Leroux*, est un des plus simples ; il n'exige pas une longue préparation ; on le trouve sans peine dans la cabane du pauvre, comme dans le palais des grands ! Il consiste à opposer une digue au sang par le secours de plusieurs lambeaux de linge ou d'étoupes imbibés de vinaigre pur, dont on remplit le vagin, et qu'on introduit même quelquefois jusque dans la matrice, si le cas l'exige. ». Depuis la découverte du tampon, la manière de l'employer a changé ; on porte dans le fond du vagin, par son milieu, une compresse assez grande, dont on remplit l'espèce de sac qu'elle forme par des morceaux de linge, ou mieux de charpie, qu'on accumule dans son intérieur. L'action du tampon est tout à fait mécanique ; on pourrait donc se dispenser d'employer le vinaigre pur et les autres astringens. Le sang trouvant un obstacle dans sa sortie, se coagule graduellement jusqu'au vaisseau qui lui donne issue, s'applique à son orifice et s'oppose à la sortie nouvelle du sang. La présence du tampon irrite la matrice, peut déterminer ses contractions, et faire ainsi cesser l'hémorrhagie. Ces avantages, préconisés par son auteur, ne sont cependant pas toujours réels, surtout dans le cas dont nous nous occupons ; il peut, en effet, transformer une hémorrhagie externe en hémorrhagie interne. Pour que son emploi puisse réussir, on conçoit qu'il faut deux conditions essentielles : que le sang par l'abondance de l'écoulement n'ait pas perdu sa force plastique ; que l'utérus, malgré son inertie, conserve encore assez de contractilité pour s'opposer à l'accumulation nouvelle du sang dans son intérieur. On peut, comme le recommande l'auteur, porter le tampon jusque dans la cavité de la matrice, dont il doit stimuler l'action. Des observations de plusieurs auteurs semblent combattre cette opinion.

La compression de l'aorte au-dessous de l'ombilic a été proposée dans ces derniers temps comme un moyen efficace contre l'hémorrhagie utérine. Quel est le mode d'action d'un pareil moyen? A quoi sont dues les contractions utérines qu'il provoque? Est-ce à l'interruption de la circulation? est-ce à la douleur qu'il fait éprouver? Voilà autant de questions que je puis me poser, et qu'il me serait difficile de résoudre, n'ayant jamais vu employer ce moyen, et n'ayant d'autres notions que celles que j'ai pu puiser dans les observations publiées dans plusieurs journaux de médecine. Quelle que soit du reste son efficacité, voici comment on le met en usage. La femme dans la position qu'elle prend dans l'accouchement, on porte la main dans une position transversale, le bord radical regardant l'ombilic; on comprime peu à peu en écartant les viscères, jusqu'à ce qu'on soit rendu sur le trajet de l'aorte; on augmente alors la compression, qui ne doit pas se prolonger au-delà de cinq minutes. Sous l'influence de ce moyen, les contractions de la matrice ne tardent pas, dit-on, à survenir et l'hémorrhagie à cesser. Sans être partisan de tout ce qui est nouveau, ce moyen, qui, assure-t-on, a déjà obtenu beaucoup de succès, est trop simple, trop avantageux, pour qu'on ne s'empresse de tenter de nouveaux essais; aussi je me propose de l'employer dans ma pratique.

On doit rejeter l'introduction dans la matrice d'une vessie dans laquelle on injecte ensuite des liqueurs astringentes. Ce moyen, fort avantageux dans d'autres hémorrhagies, ne trouve ici aucune analogie pour autoriser son emploi. Au lieu d'agir d'une manière efficace, il s'oppose au resserrement de la matrice.

Lorsque tous les moyens que je viens d'indiquer sont infructueux, que l'état de la malade paraît désespéré, il faut avoir recours aux moyens extrêmes proposés par M. *Capuron*. Ce praticien veut qu'on arrose les membres thoraciques d'eau très-froide, qu'on place la femme sur le carreau, à l'air libre, qu'on verse sur elle des seaux d'eau glacée, qu'on la plonge même tout entière dans un bain froid.

Ces moyens sont dangereux sans doute, ils exposent à toutes les maladies qui suivent les refroidissemens subits. Mais dans une circonstance aussi grave, doit-on abandonner la femme à une mort certaine pour éviter des maux à venir, peut-être imaginaires? La conduite que que le médecin doit tenir est tracée par ces considérations.

Tel est à peu près le tableau des moyens proposés pour le traitement des hémorrhagies utérines. S'il est des cas où le sang-froid, une détermination prompte sont nécessaires, c'est sans nul doute dans des circonstances aussi graves : l'irrésolution, l'hésitation doivent être banies; le médecin aura toujours présent à l'esprit qu'un moment, une minute de retard peuvent précipiter dans la tombe et la mère et l'enfant; que des soins plus prompts, des moyens plus actifs auraient peut-être rendu à la vie des êtres dont la reconnaissance aurait été éternelle.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Lassitudines sponte abortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

IV.

Puer non laborat podagrâ ante veneris usum. *Sect.* 6, *aph.* 30.

V.

Famem vini potio solvit. *Sect.* 2, *aph.* 21.

CONSIDÉRATIONS

N° 196.

SUR

LA PHLÉBITE UTÉRINE

DES NOUVELLES ACCOUCHÉES,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JULIEN-C. MAISTRE, de Cebazat,

Département du Puy-de-Dôme;

Bachelier ès-lettres; et ex-Élève interne de l'hôtel-Dieu de Clermond-Ferrand.

Cadavera hominum, morbis defunctorum, à medico secanda sunt eique manus inquinandæ, ut inveniat quæ morbi sit sedes, quæ causa, qui exitus antecedentium symptomatum, qui demùm effectuum, omnium in morbo observatorum eventus, etc., etc.

BAGLIVI MONITA, cap. 5, lib. 1.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur*.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant*.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur*.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	GAYOL. CHOMEL, *Président*. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur*.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Examinateur*.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry, *Suppléant*.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy, *Examinateur*.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EXCELLENT PÈRE.

A MA BONNE ET TENDRE MÈRE.

Votre sollicitude pour moi fut infinie ; ma reconnaissance ne saurait avoir de bornes.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE.

Union et amitié.

A MON ONCLE,

DESSERVANT LA SUCCURSALE AU CENDRE (PRÈS COURNON).

Vous ne cessâtes de me combler de vos bontés ; puissiez-vous long-temps me les continuer, et agréer, dans l'hommage que je vous fais du premier fruit de mes travaux, l'expression de la plus vive comme de la plus sincère gratitude!

A MON ONCLE CHAPPEL.

Gage de l'attachement le plus sincère et le plus respectueux.

J.-C. MAISTRE.

A MESSIEURS

LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE SECONDAIRE DE MÉDECINE

DE CLERMONT-FERRAND.

LEUR ÉLÈVE RECONNAISSANT,

J.-C. MAISTRE.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PHLÉBITE UTÉRINE

DES NOUVELLES ACCOUCHÉES.

Histoire générale de cette maladie.

De toutes les affections morbides, déjà assez nombreuses, que l'accouchement entraîne souvent à sa suite, la phlébite utérine est sans contredit une des plus fréquentes et des plus redoutables. Obscure dans ses symptômes, insidieuse dans sa marche, et fertile en complications, cette affection était à peu près inconnue aux anciens médecins. Privés des ressources de l'anatomie pathologique, dont les progrès ont été, dans ces derniers temps, si vivement appréciés; s'attachant d'ailleurs généralement bien plus aux symptômes des maladies qu'aux lésions organiques ou de tissu d'où ils dérivaient, ils ne pouvaient avoir que des idées très-peu certaines sur leur nature; aussi, si elle ne fut pas toujours méconnue, l'affection que je me propose de décrire fut-elle souvent confondue avec d'autres qui, si elles

ne lui étaient pas parfaitement étrangères, ne s'y rattachaient du moins que d'une manière bien secondaire. Nul doute que ce ne fût à cette ignorance où se trouvaient nos prédécesseurs sur le véritable siége des maladies que doivent être rapportées ces observations, d'ailleurs si bien faites, de fièvres graves chez les nouvelles accouchées; nul doute que ce ne fût à la phlegmasie des veines de l'utérus, avec résorptions purulentes, que naturellement doit se rattacher une grande partie de ces fièvres puerpérales putrides, auxquelles *Charles Wite* assignait le caractère épidémique, la prostration générale, le peu de douleur du ventre, l'affaissement des traits, et parfois un état de délire, etc., comme symptômes pathognomoniques. (Voy. *Cullen;* notes par *Bosquillon* sur la fièvre puerpérale.)

Telle est mon opinion, telle est celle qu'a émise, dans ces derniers temps, le docteur *Dance* dans des circonstances analogues. Qu'a découvert en effet à ce judicieux observateur l'ouverture des cadavres? « Des traces non équivoques d'inflammation dans les veines de l'utérus, un ramollissement sensible du tissu de cet organe; des fausses membranes, du pus dans les veines ovariennes, et quelquefois dans la veine-cave inférieure; des abcès dans le cerveau, la rate, etc.; des tubercules dans les poumons, des rougeurs et des ramollissemens de la muqueuse gastrique, et surtout des foyers de suppuration intra et extra articulaires, etc., altérations qui, pour la plupart au moins, se sont retrouvées aussi dans certains cas de phlébite utérine. »

L'honneur de débrouiller tout ce cahos, de dissiper toute cette incertitude était réservé aux médecins modernes, à nos contemporains. Le docteur *Breschet* est le premier qui, dans les savantes notes dont il a enrichi les œuvres d'*Hogdson*, ait rassemblé ces faits propres à démontrer l'existence de la phlébite. Déjà plusieurs auteurs avaient signalé la fréquence des phlegmasies veineuses à la suite des couches; *Meckel* (Dissertat. de *Sasse*) a publié plusieurs cas de phlébite crurale chez les nouvelles accouchées. *Schwilgué*, d'après lui, nous a transmis l'observation d'une femme qui succomba à une inflammation de ce genre plusieurs semaines même après l'accouchement. « Peu de temps après

« sa délivrance, dit-il, cette femme éprouva des frissons, des tiraillemens douloureux dans l'abdomen et dans le bassin. Au bout d'environ trois semaines, il survint une fièvre erratique, de l'expectoration, des douleurs dans la région du foie, dans la hanche gauche; douleurs encore plus intolérables à la cuisse du même côté. Que trouva-t-on à l'autopsie? L'abdomen rempli d'une matière sanieuse et purulente, le foie très-volumineux, et les poumons très-sains. Les vaisseaux cruraux étaient, ainsi que les nerfs de même nom, entourés d'une matière puriforme, et en certains endroits comme gélatineuse. La veine crurale, depuis son origine jusqu'au genou, avait l'épaisseur et la consistance de l'artère; elle était remplie de pus, ses parois criaient sous les ciseaux qui la divisaient. Sa membrane interne, de texture spongieuse, était recouverte d'une fausse membrane jaunâtre, d'une épaisseur d'une demi-ligne; les valvules, en parties corrodées et épaissies, étaient sensiblement tuméfiées, et de couleur foncée. » (Bibliothèque médic., tom. 16, pag. 114.)

De pareils faits ont été depuis très-fréquemment constatés par M. *Ribes* et *Chaussier*. Ce dernier surtout a eu lieu plus qu'aucun autre, dans ses nombreuses autopsies à l'hospice de la Maternité, de se convaincre de la fréquence de la phlébite des parois abdominales et des viscères abdominaux dans les cas de péritonites et de métropéritonites puerpérales. *Clark* a fait la même remarque en Angleterre, et *Wilson* dit avoir vu dans un cas particulier « les membranes des principales veines de l'utérus épaissies, et leurs cavités partiellement oblitérées. » (*Hodgson*, tom. 2, pag. 393, Maladies des artères et des veines, traduct. de M. *Breschet*.) Toutes ces observations, devenues déjà assez authentiques par le nom des auteurs qui nous les ont transmises, ont été plus que confirmées par les travaux plus récens encore de MM. *Andral*, *Louis*, *Cruveilhier* et *Dance*. Ce dernier n'hésite pas à regarder et à indiquer la phlébite utérine comme la plus fâcheuse et une des plus fréquentes complications de la métrite puerpérale. (Thèse inaugur. de M. *Dance*, 1826.)

Les bornes que je me suis imposées en commençant cette dissertation ne me permettent pas de faire l'histoire complète de cette dernière maladie; d'un autre côté, la fréquence de la phlébite dans la métrite, les fâcheuses modifications qu'elle imprime le plus ordinairement à sa marche, l'influence qu'elle a sur son prognostic, rendent pour moi la phlébite utérine en quelque sorte d'un intérêt tout spécial. C'est donc à considérer cette maladie sous le rapport de son siége, de ses symptômes et de son étiologie, que je vais m'appliquer; je passerai ensuite à son prognostic. Quelques mots enfin sur les altérations anatomico-pathologiques qu'elle détermine dans les organes qu'elle a primitivement ou secondairement atteints, et sur son traitement, formeront le complément du cadre que je me suis tracé.

Siége et marche de la phlébite utérine.

Dans l'état de vacuité, les veines de l'utérus sont nombreuses, relativement au volume de cet organe; mais la nécessité de cette prédominance vasculaire sera facilement sentie, si l'on réfléchit un instant aux remarquables modifications que l'état de gestation doit leur apporter dans la suite. Que deviennent alors en effet les veines utérines? De véritables conduits nutritifs, sans parler avec trop d'emphase, pour l'être intéressant que la femme porte dans son sein, et qu'elle doit bientôt mettre au jour. L'espèce de turgescence que ces vaisseaux partagent avec le reste de l'organe où ils se ramifient, le développement qu'ils acquièrent, soit en nombre, soit en volume, sont bien propres à les rendre passifs de l'inflammation la plus grave, comme nous verrons plus loin, sous l'influence quelquefois de la cause la plus légère.

Ce n'est, d'ordinaire, qu'après l'accouchement que la phlébite utérine s'observe. Le décollement du placenta, mettant à découvert les sinus utérins, comme le fait l'amputation d'un membre à l'égard de ses veines, c'est aussi là où s'insérait le placenta que débute la maladie, et que, quelle que soit son étendue, ses traces sont au moins le plus

manifestes. Je parlerai plus tard des causes qui la déterminent dans cette circonstance... Quoi qu'il en soit, la phlegmasie gagne bientôt les veines ou veinules où se rendent eux-mêmes les sinus utérins. Ces vaisseaux, par contiguité, transmettent le mode d'irritation dont ils sont atteints au tissu même de l'utérus. La phlébite utérine devient alors parenchymateuse, et est compliquée de métrite. Je ferai remarquer, toutefois, que dans quelques circonstances cette dernière affection n'est pas toujours le produit, l'effet succédané de la première, mais que bien souvent aussi elle se trouve elle-même son point de départ. C'est ainsi que j'ai vu, chez une femme qui reçut un coup de pied de cheval dans le ventre, tous les signes d'une métro-péritonite très-intense, sans aucun symptôme bien marqué de phlébite utérine. La malade succomba, et l'autopsie n'offrit pour toute altération qu'un épanchement séreux assez limpide, un peu jaunâtre dans la cavité abdominale; un ramollissement du tissu de l'utérus, une légère rougeur sans épaississement notable des parois des veines de cet organe, et sans aucune collection purulente. N'est-il pas évident ici que la métrite avait précédé la phlébite, si toutefois elle existait? Mais on a encore plus occasion de se convaincre du fondement de cette assertion chez les femmes qui, n'étant pas enceintes ou n'ayant pas eu d'enfans, sont frappées de métrite. Le docteur *Dance* observe très-bien que la métrite proprement dite est encore moins rare dans cette circonstance que la phlegmasie des veines de la matrice, qui, tortueuses et contenant alors bien peu de sang, doivent, par cela même, être moins exposées à s'enflammer que dans l'état puerpéral (caractère bien tranché entre les inflammations consécutives à l'accouchement et celles qui peuvent survenir à une autre époque).

La phlébite utérine ne se borne pas toujours aux parois de la matrice; elle peut suivre le trajet de veines utérines fournies par l'hypogastrique, et plus souvent encore remonter le long des veines ovariques jusqu'aux rénales et à la veine-cave inférieure. On trouve alors des veines enflammées dans l'épaisseur des ligamens ronds, des ovai-

res, le long des trompes, avec ou sans collections purulentes. « Une « femme fit une fausse couche au septième mois de sa grossesse, et « le placenta n'ayant pu être extrait que par les moyens de l'art, à « cause d'une hémorrhagie très-abondante, il survint de la fièvre, « une éruption miliaire, une douleur dans les lombes et dans le bas- « sin, une matière purulente s'écoula des organes génitaux et du rec- « tum. Après la mort, que trouva-t-on ? Entre la paroi postérieure de « l'utérus et le vagin, un abcès qui s'ouvrait dans le rectum. Les « veines de l'utérus et des ovaires étaient enflammées, leurs parois « épaissies, leur cavité ulcérée et remplie de pus; toute la veine ré- « nale droite et la portion de la veine-cave qui reçoit cette dernière « étaient enflammées, rouges, tuméfiées et pleines d'un caillot de « sang qui, dans son milieu, contenait une matière blanche et pu- « riforme. » (Biblioth. médical., tom. 16, pag. 196.)

L'inflammation des veines utérines peut être quelquefois unilatérale, c'est-à-dire qu'elle ne se propage que dans un système de veines appartenant à une des moitiés de l'utérus. C'est d'ordinaire au côté droit de cet organe qu'elle se montre d'une manière plus manifeste et plus fréquemment. L'implantation du placenta, plus ordinaire de ce côté que du côté gauche, rend seule compte de ce phénomène.

Causes.

Les causes de la phlébite utérine sont différentes : certaines constitutions atmosphériques, certaines prédispositions individuelles, qu'il est le plus souvent difficile d'apprécier ou de connaître, peuvent en favoriser l'action. C'est d'ordinaire, ai-je déjà dit antécédemment, après l'accouchement que cette maladie survient; les grosses veines de l'utérus se trouvant alors, par le décollement du placenta, en rapport quelquefois avec des surfaces enflammées, des lochies altérées, des caillots de sang décomposés, des portions de placenta ramollies et putréfiées, sont, par cela même, à peu près dans des circonstances semblables que lorsqu'elles avoisinent une plaie de

mauvaise nature, et par conséquent dans toutes les conditions nécessaires pour être enflammées. Dans certains cas, la compression exercée sur les vaisseaux sanguins de la matrice, des efforts employés pour extraire un placenta trop adhérent, ou dont quelques-unes des parties étaient enkystées; l'injection de liquides astringens dans l'intérieur de la matrice pour arrêter une hémorrhagie inquiétante, et que les soins les mieux combinés n'ont pu calmer; toutes les causes propres à produire la suppression des lochies ou à entraver le travail de la sécrétion du lait; dans des cas plus rares, une émotion morale vive, le refroidissement du corps, une contusion de la région hypogastrique, etc., etc., peuvent être autant de causes de phlébite utérine. Quelquefois cette maladie se manifeste sous l'influence de la cause la plus simple, la plus légère en apparence, après l'accouchement même le plus heureux; une susceptibilité nerveuse, spéciale de l'accouchée, susceptibilité qui rejaillit encore davantage chez elle sur les organes génitaux et les veines utérines en particulier; un écart de régime, une trop grande promptitude à reprendre ses occupations journalières, etc., peuvent devenir pour elle une cause de phlébite utérine. La fâcheuse influence d'une partie de ces causes n'avait pas échappé aux meilleurs observateurs. *Sydenham* en avait bien senti l'importance, lorsque, dans un de ses ouvrages, il dit : « *Diù est à* « *quo mihi subiit in mentem quòd, exiis quæ moriuntur puerperis, vix* « *decima quæque, ut modestè computemus, vel ex eo perit quòd vires par-* « *tui necessariæ eam defecerint; vel ex doloribus partum laboriosiorem* « *comitantibus, at eo maximè quòd debito lecto citius exsurgat.* » (Sydenham, *Op. m.*, t. 1, p. 279.)

Hoffmann dit aussi : « *A lacte post partum intrà mammas stagnante* « *febres excitari et lochiorum fluxum sufflaminari sæpissimè in praxi oc-* « *currit.* » (Hoffmann, *Med. rationalis.*)

Quoique ce soit le plus souvent à la suite des couches que la phlébite utérine se manifeste, l'état puerpéral en serait-il l'unique cause? et ne pourrait-on pas en concevoir la possibilité dans d'autres circonstances? M. *Langstaff* ayant trouvé les veines des parties avoisinant un

fongus malin remplies d'une substance molle et pulpeuse, semblable pour la texture à celle de la tumeur elle-même; d'un autre côté MM. *Ribes, Marjolin* et *Breschet* ayant assez fréquemment vu les veines adjacentes à des érysipèles phlegmoneux, à des masses cancéreuses en suppuration et d'une certaine étendue; ces veines, dis-je, enflammées, rouges et remplies de pus non-seulement dans le voisinage des parties affectées, mais encore dans des parties très-éloignées, jusqu'à quel point l'analogie ne porterait-elle pas à conclure que la phlébite utérine peut survenir dans certains cancers, certains ulcères de l'utérus, où les vaisseaux se trouvent baignés, en quelque sorte, par un ichor à la fois putride et irritant? Et sans recourir à cet ordre de causes, ne serait-il pas posssible d'en concevoir d'autres? Quoique la théorie des métastases ne soit pas encore bien expliquée et bien claire, n'est-il pas démontré, pour les esprits même les plus sceptiques, qu'il est dans les maladies certains principes qui peuvent se déplacer? ou, pour me servir du langage de quelques pathologistes modernes, l'irritation fixée sur un point peut se porter sur un autre et y occasionner des désordres qui se manifestent à nos sens par des signes le plus souvent équivoques et qui demandent la plus grande sagacité pour être saisis et appréciés. L'observation, il est vrai, ne m'a pas encore démontré d'une manière péremptoire l'efficacité de ces causes dans la production de la maladie que je décris; j'attends une plus longue expérience pour les donner comme positives; et si je me suis un instant écarté de mon sujet, c'est bien moins pour appeler l'attention sur des faits qui n'ont pas encore été vus, que pour manifester une opinon que, quoiqu'un peu hardie, je ne crois cependant pas dénuée de tout fondement et de toute vraisemblance.

Symptômes et diagnostic.

Comme, pour la plupart des maladies, diverses périodes partagent le cours de la phlébite utérine. En général, dans cette affection deux degrés assez tranchés me semblent devoir être distingués du médecin

praticien; et d'autant plus importans, que les symptômes qui les caractérisent sont essentiellement différens, et que, jusqu'à un certain point, ils peuvent régulariser le prognostic et le traitement. Dans le premier degré, le mal, borné aux veines de l'utérus, à cet organe ou à ses annexes, est purement local. Dans le second, phénomènes généraux plus ou moins graves, plus ou moins alarmans dus à l'extension de la maladie, à son mode de terminaison ou au passage du pus dans le torrent circulatoire, etc.

« Un frisson variable en intensité, de la gêne, un malaise général, un sentiment de lassitude sont, dans certains cas, les prodromes de la phlébite utérine, comme ceux de presque toutes les inflammations. Quelquefois cet ensemble de signes précurseurs manque. Du reste, quel que soit le mode d'invasion de cette affection, qui le plus ordinairement est très-obscure, et date, ai-je déjà dit, des premiers jours de l'accouchement, on ne tarde pas à observer les symptômes locaux suivans : le globe utérin engorgé fait saillie au-dessus des pubis. La main, appliquée à cet endroit, sent une tumeur dure, arrondie, plus ou moins volumineuse, plus ou moins douloureuse à la pression qu'on exerce sur elle. (Il faut se garder de confondre cette douleur réelle et maladive avec la sensibilité quelquefois très-grande, mais encore naturelle de l'utérus, ou un sentiment de pesanteur qu'éprouve la femme dans le bassin durant les premiers jours d'un accouchement, surtout laborieux.) Dans quelques cas, on dirait que la matrice, qui constitue la tumeur sus-pubienne, se dilate à mesure que l'inflammation fait des progrès; dans d'autres, la phlébite n'occupant qu'un petit nombre de veines utérines, l'organe semble avoir repris ou reprendre son volume naturel; ce qui n'exclut cependant pas la propagation de la phlegmasie aux veines extra-utérines. Les lochies peuvent être diminuées ou suspendues; la sécrétion du lait ne s'est pas établie, ou si elle existait déjà, elle est interrompue, et les mammelles se sont affaissées. Souvent un écoulement de matière puriforme, épaisse, blanchâtre ou sanieuse, et ordinairement fétide, a lieu par la vulve. Si l'on porte le doigt dans le vagin, l'utérus paraît plus volumineux,

plus pesant, plus sensible que dans l'état physiologique; son col offre plus ou moins de tuméfaction, de chaleur et de dureté. A cet état se joignent fréquemment des phénomènes sympathiques, remarquables résultats de la modification plus ou moins considérable des fonctions des organes voisins. Du côté du rectum, c'est, ou de la diarrhée ou un ténesme opiniâtre et de la contispation; du côté de la vessie, c'est l'excrétion douloureuse et difficile de l'urine. Quelquefois le vagin et le canal de l'urètre paraissent eux-mêmes enflammés; du reste, il n'y a point de vomissement, comme dans la péritonite, à moins que cette maladie ne soit une complication première de la phlébite, ou qu'elle soit survenue dans son cours; le pouls quoique fébrile est, ainsi que la chaleur de la peau, modéré et régulier.

L'état général de l'individu n'offre encore rien de bien alarmant, et, quoique assez fortement atteints, les organes peuvent graduellement revenir à leur état normal, surtout si, pénétré de toute la gravité de la maladie qu'il a à traiter, le médecin a lutté vigoureusement contre son principe; mais trop souvent, par malheur, ses efforts sont inutiles; l'inflammation fait des progrès, gagne le tissu de l'utérus, se propage dans les veines ovariennes et abdominales; le pus, qui en est alors presque toujours le résultat, vient à pénétrer dans le torrent circulatoire; des symptômes généraux d'un caractère des plus graves se manifestent, la physionomie s'altère, la face devient pâle et se couvre d'une sueur froide; la malade est dans la faiblesse la plus grande; la prostration est extrême; il survient un délire irrégulier joint à une sorte d'insensibilité qui ôte même aux malades la conscience de leurs douleurs : parfois la respiration devient gênée, tous les signes d'une pleuropneumonie semblent se manifester; une teinte ictérique couvre aussi souvent la peau; une ou plusieurs articulations présentent quelquefois subitement du gonflement et une fluctuation des plus évidentes; le pouls devient plus fréquent et dépressible, les extrémités se refroidissent; il survient du hoquet, des défaillances. La mort ne tarde pas à mettre fin à tant de souffrances.

On peut voir, par l'exposé assez incomplet peut-être des phéno-

mènes qui marquent le cours de la phlébite utérine, que ceux du premier stade se rapprochent assez bien de ceux que les auteurs assignent à la métrite en général. Il est en effet, il faut l'avouer, difficile à cette époque de distinguer ces deux maladies l'une de l'autre. Ce n'est, à rigoureusement parler, que lorsque le pus a passé dans le torrent circulatoire, que l'état général de la femme peut être de quelque secours. Il serait toutefois assez probable qu'il y a phlébite utérine s'il existait de la douleur le long du trajet des veines ovariennes. On pourrait aussi croire à l'extension de cette maladie aux gros troncs veineux de l'abdomen, s'il existait de l'œdématie aux membres abdominaux et un certain empâtement du bas-ventre.

On distinguera facilement la phlébite utérine de la péritonite, qui la complique souvent, à l'acuité des douleurs qui occupent presque toujours la plus grande partie, pour ne pas dire la totalité du ventre, etc., surtout si on est appelé dans les premiers temps de la maladie. Il en sera de même dans d'autres circonstances où la rougeur de la langue, jointe à un dévoiement plus ou moins abondant, pourrait en imposer pour une inflammation gastro-intestinale.

Dans certains cas, les symptômes cérébraux qui deviennent prédominans, quelques frissons annonçant la suppuration des veines utérines, frissons qui quelquefois reviennent périodiquement, pourraient faire croire, soit à une phlegmasie cérébrale, soit à un accès de fièvre intermittente pernicieuse. Ce n'est qu'en explorant la matrice, qu'en s'aidant des signes commémoratifs et de la connaissance de tout ce qui a précédé, que le médecin parvient à diagnostiquer d'une manière sûre et exempte de toute erreur, et à appliquer une méthode thérapeutique appropriée.

Prognostic et durée.

On peut généralement regarder la phlébite utérine comme une maladie grave, l'intensité de sa marche, la facilité avec laquelle elle s'étend, les désordres fonctionnels qu'elle détermine, les altérations organiques

qui l'accompagnent, et qui sont le plus ordinairement mortelles, en rendent le prognostic des plus fâcheux. Les dispositions individuelles qui ont amené dans quelques circonstances cette affection peuvent aussi, en continuant leur action, l'entretenir et la conduire à une terminaison funeste. On peut toutefois espérer d'entraver la marche de la phlébite, si, appelé à son début, on emploie contre elle un traitement convenable; l'utérus revenant alors sur lui-même, fait ce qu'opère dans certains cas de phlébite antibrachiale l'application d'un bandage uniformément serré; il exerce en se contractant une compression sur ses vaisseaux, d'où résulte un obstacle physique à la propagation ultérieure de la phlegmasie, ou au moins au transport du pus dans les vaisseaux adjacens. Mais malheureusement c'est chez des femmes du peuple, chez de malheureuses ouvrières en proie à la plus affreuse indigence, dénuées de tout secours que cette maladie d'ordinaire survient; une répugnance que j'ai peine à m'expliquer les empêchent de se rendre dans les hôpitaux, la pénurie où elles se trouvent, une sorte de crainte ou plutôt d'insouciance font qu'elles n'osent recourir aux gens de l'art, qui par leurs lumières auraient pu aider aux chances du curabilité que la maladie offrait primitivement, et qui malheureusement au contraire ont la douleur de voir leurs soins, leurs conseils plus tard infructueux.

La durée de cette maladie est aussi variable que son prognostic. C'est du premier au troisième septénaires qu'elle se termine le plus souvent; mais elle peut aussi se prolonger plus long-temps, et devenir mortelle quatre mois même après l'accouchement, comme l'a vu une fois M. *Dance*, dont les observations m'ont été d'ailleurs si utiles, si précieuses dans la confection de ce faible essai.

Altérations anatomico-pathologiques.

Déjà plusieurs fois j'ai eu occasion de citer une partie des lésions que laisse après elle la phlébite utérine, il me reste à les résumer, à dire quelques mots de celles qui auraient pu m'échapper, et enfin,

pour les appuyer, à citer aussi deux des observations que j'ai pu recueillir. Chez les femmes qui ont succombé à la phlébite utérine, on trouve l'utérus plus volumineux que dans son état ordinaire, et que ne le comporte le temps écoulé depuis l'accouchement. Il est intérieurement tapissé par une sorte de couenne d'un jaune grisâtre, ou baigné le plus souvent par une sanie ichoreuse, rougeâtre et fétide. Son tissu est plus ou moins ramolli, dans les cas surtout où la phlébite a duré quelque temps et où elle a pu se compliquer de métrite. Dans tous les cas, si on incise ce tissu, la pression en fait sortir par gouttelettes un pus jaunâtre ou blanchâtre plus ou moins consistant. Si l'on remonte à l'origine de ce pus, on croirait au premier abord qu'il a son siége dans le tissu même de l'organe, tandis qu'il sort et dérive essentiellement de ses veines, qu'on reconnaît assez bien à leur direction tortueuse dans le parenchyme de l'utérus. L'intérieur de ces veines est blanchâtre, ridé, opaque, recouvert d'une couche pseudo-membraneuse ou d'un pus plus ou moins épais, il existe un ramollissement de leurs parois, etc.

Toutes ces lésions ne sont pas bornées à la matrice elle-même, les veines ovariennes, hypogastriques et autres de l'abdomen offrent quelquefois des altérations semblables. M. *Laënnec* a trouvé chez une femme morte à la suite d'une couche double l'hypogastrique occupée par une concrétion canaliculée contenant du pus. Lorsque la phlébite utérine a marché avec la plus grande intensité, s'est terminée par suppuration, et que les symptômes indiquant l'infection purulente se sont manifestés, on trouve, comme dans la phlébite en général, des abcès plus ou moins nombreux dans les poumons, la rate, le foie, le cerveau; des altérations de la muqueuse gastro-intestinale, mais surtout de vastes foyers purulens dans l'intérieur et à l'extérieur des articulations, etc.

Ire. OBSERVATION.

Une ouvrière, âgée de vingt-sept ans, parvenue au huitième mois d'une première grossesse, sans avoir éprouvé le moindre accident, fut prise de fièvre et de malaise général, qui, après environ huit à dix jours de durée, provoquèrent l'accouchement. L'enfant ne vécut point, les lochies coulèrent seulement pendant trois ou quatre jours, la révolution laiteuse fut incomplète. Au huitième ou neuvième jour, le bas-ventre devint douloureux. (Saignée de dix onces, quinze sangsues à la vulve). Peu ou point d'amélioration. Le lendemain, l'utérus était plus saillant à l'hypogastre ; il existait de la constipation. (Nouvelle application de vingt sangsues sur le bas-ventre.) Soulagement passager. Dans la nuit, délire irrégulier ; un gonflement assez considérable et sans douleur se manifeste à l'articulation d'un des poignets les jours suivans. (Seize sangsues sur chaque côté du cou, fomentations sinapisées aux jambes.) La malade continue d'aller de plus en plus mal, le délire devient plus intense ; mouvemens convulsifs des muscles de la face, langue tremblante, yeux hagards, le visage se couvre d'une sueur froide et visqueuse ; le pouls est petit, irrégulier ; le bas-ventre est en apparence moins douloureux, mais plus saillant et plus dur à la pression. L'articulation tuméfiée antécédemment présente une fluctuation manifeste dans une assez grande étendue ; le pouls devient de plus en plus irrégulier et dépressible, les extrémités se refroidissent, les traits s'altèrent encore davantage, la prostration devient extrême, etc. La malade succombe le dix-neuvième jour à dater de l'accouchement.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. L'état extérieur du corps n'offre rien de bien remarquable, si ce n'est une légère teinte jaunâtre de la peau. L'articulation du poignet malade ouverte laisse écouler un pus grisâtre et consistant ; les cartilages articulaires sont légèrement jaunâtres, et offrent un ramollissement et une destruction par-

tielle de leur tissu. Les viscères abdominaux sont sains; la matrice et ses annexes sont profondément altérés, son bas-fond dépasse d'environ un pouce le rebord des pubis; incisé, son tissu est ramolli et rougeâtre; la veine ovarique droite et les ramifications veineuses qui s'y rendent sont remplies de pus; elle est tapissée entièrement par une fausse membrane épaisse, contenant des caillots de sang mêlés de pus; l'intérieur de l'utérus présente une sorte de couenne d'un jaune sale ou grisâtre et faiblement adhérente; les sinus utérins sont remplis de pus, surtout à droite. — Cette observation est remarquable par les lésions cadavériques qu'elle a offertes, et que j'ai déjà, d'une manière générale, signalées en partie au commencement de cet article. Les caillots de sang mêlés à du pus et trouvés dans l'intérieur des veines ovariques méritent surtout de fixer l'attention. Je ne chercherai point à expliquer leur formation, ce qui est assez difficile; il me suffira de dire que des faits pareils ont été observés par M. *Cruveilhier* et autres anatomistes. On trouve dans la nouvelle Bibliothèque médicale d'avril 1829, et dans les Bulletins de la Société anatomique, deux cas de phlébite utérine, où M. *Boudant*, mon ancien condisciple et ami, et actuellement interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, a rencontré dans les veines crurales et iliaques de ces concrétions sanguines, recouvertes de pus extérieurement, et en offrant même à leur centre.

« L'*observation suivante* mérite aussi, je pense, d'être notée sous le rapport des complications de la phlébite utérine. Cette dernière affection a-t-elle été primitivement ici le point de départ des autres? ou ont-elles marché concurremment? Les renseignemens que j'ai pu recueillir à cet égard auprès de la malade ne m'ont guère éclairé; mais toujours est-il que l'autopsie est assez intéressante sous le rapport des altérations des veines utérines, de l'état de l'utérus lui-même, et en ce sens qu'elle prouve la production de la phlébite utérine dans l'état puerpéral sous l'influence de causes presque inappréciables. »

La nommée C. D....., cuisinière, d'une bonne constitution, âgée

de vingt-neuf ans, s'étant parfaitement porté durant toute sa grossesse, accoucha à terme de son premier enfant. Le travail ne dura qu'une heure, et l'accouchement fut naturel. Le lendemain, douleurs sourdes dans l'abdomen, qui furent combattues au moyen de quarante sangsues. Le frisson de la fièvre de lait survint le troisième jour; mais la sécrétion laiteuse n'eut point lieu, et les lochies ne coulèrent que quatre à cinq jours. Une diarrhée assez abondante s'établit, et ce fut le 9 mai, douzième jour après sa couche, que cette femme entra à la Charité (salle Sainte-Anne, service de M. *Cayol.*) Le soir même, une saignée de trois palettes lui fut faite par l'élève de garde. Le lendemain, au moment de la visite, peu d'amendement; le ventre est très-élevé, sensible dans tous ses points, mais surtout à l'hypogastre. Les douleurs n'irradient cependant pas encore d'une manière bien tranchée dans les aines; la langue, un peu rouge sur ses bords, est couverte à son centre d'un enduit épais et jaunâtre; accablement, sans prostration encore bien marquée; peau chaude et sèche; respiration gênée; cent vingt-quatre pulsations au pouls. (Vingt sangsues sur le ventre, foment. avec flanelle et taffetas gommé, tis. d'org. édulcor. avec sirop de groseilles, potion gomm., diète absolue.)

10 mai. Diminution de la douleur du ventre, qui est aussi moins tuméfié; les lochies ont reparu en rouge; la diarrhée a cessé depuis la veille; il y a eu un vomissement de matières jaunâtres, sentiment de faiblesse plus considérable, face moins injectée que la veille, pouls moins fréquent, mais plus mou et irrégulier. (Prescript. de la veille *idem*, à l'exception des sangsues.)

11 mai. Respiration plus gênée, râle muqueux du côté gauche de la poitrine, qui est même douloureux; pommettes injectées; ventre moins douloureux à la pression; faiblesse et prostration extrêmes. (Trois grains de calomélas en trois doses, tis. d'orge avec sir. de gros., inf. till., foment. émoll., diète absolue.)

12 mai. Le délire, qui les jours précédens n'était qu'irrégulier et par intervalles, est continu; l'écoulement lochial n'a plus lieu; la

diarrhée a reparu, les selles sont même involontaires ; la face est grippée, les traits altérés, le teint pâle ; la respiration est encore plus gênée ; le râle muqueux offre plus d'étendue ; pouls de plus en plus misérable. (Trois ventouses scarifiées sur le côté gauche du thorax ; prescript. *idem.*) Mort à dix heures du matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. La rigidité cadavérique est médiocre ; ventre fortement distendu à l'extérieur ; vu à l'intérieur, les circonvolutions intestinales sont réunies en une masse arrondie par une exsudation albumineuse, molle, jaunâtre, qui revêt toute la surface du péritoine et de l'épiploon ; quelques onces d'un liquide lactescent sont épanchées dans la cavité abdominale.

L'utérus est volumineux comme les deux poings ; son feuillet péritonéal est recouvert d'une couche albumineuse qui s'en détache avec facilité ; arborisations capillaires du tissu cellulaire sous-séreux ; le tissu de la matrice n'offre aucune altération bien remarquable ; il est recouvert à l'intérieur par une exsudation sanguine noirâtre, et qui s'en détache facilement. Près de l'insertion de la trompe gauche, on trouve du pus qui semble provenir de la veine ovarique de ce côté, et qui est sensiblement dilatée et enflammée ; on trouve du côté droit des altérations semblables, mais moins appréciables. Les ligamens larges sont ramollis, mais sans aucune trace bien manifeste de suppuration. L'estomac et l'intérieur des intestins n'offrent rien de bien remarquable. Dans le thorax, le poumon droit est fortement gorgé de sang, surtout à sa partie postérieure ; la muqueuse bronchique est d'un rouge livide ; il existe un épanchement séreux et floconneux d'environ une livre dans le côté gauche, et la plèvre de ce côté est recouverte d'une exsudation pseudo-membraneuse ; le poumon, de plus, est réduit aux deux tiers de son volume ; il est engoué ; quelques-unes de ses parties se précipitent au fond de l'eau. Les autres organes n'offrent point d'altération bien notable.

Traitement.

Deux ordres de moyens composent toute la thérapeutique de la phlébite utérine ; les uns, prophylactiques, et par conséquent antérieurs en quelque sorte à son développement, regardent à la fois la femme et le médecin. Celle-ci ne saurait, après sa couche, être trop sévère sur son régime : l'état de susceptibilité où se trouvent chez elle alors tous ses organes, mais surtout ceux de l'abdomen, et l'utérus en particulier, peut lui rendre la moindre imprudence, le moindre écart très-préjudiciales. De son côté, le médecin qui l'a assistée doit tenir compte des principales circonstances de la grossesse, de l'accouchement, de la durée du travail, de la délivrance, etc. Pour ce qui a rapport à cette dernière, j'ai déjà désigné, comme causes de phlébite utérine, la présence d'une portion du placenta, restée enchatonnée ou trop adhérente, de quelques caillots sanguins ou de débris de membranes, etc. ; je n'oublierai donc pas de rappeler ici que tous les soins de l'accoucheur doivent tendre à éviter que la matrice ne soit soumise trop long-temps à l'action de ces corps. Toutes les fois donc que l'aspect du placenta démontrera l'absence d'un de ses cotylédons, on devra aller à sa rencontre avec toute la douceur et le ménagement convenables. On pourrait dans quelques circonstances faire des injections avec de l'eau tiède dans l'intérieur de l'organe ; elles auraient l'avantage de favoriser le décollement de ces portions du placenta trop adhérentes, de diviser les caillots sanguins, et d'aider ainsi à leur expulsion.

Mais malheureusement, trop fréquemment peut-être, malgré toutes ces précautions, purement préservatives, la phlébite utérine se développe. Pourrait-on alors, si on la reconnaît ou la soupçonne, la faire en quelque sorte avorter, en faisant sur le bas-ventre des applications réfrigérantes ou rendues résolutives à l'aide d'une faible quantité d'hydrochlorate de soude ou de sous-acétate de plomb ?

On n'ignore pas que de tels topiques ont été souvent employés avec succès dans les cas de phlébite extérieure ; mais jusqu'à quel point pourrait-on compter dans celui-ci sur leur efficacité ? Ne serait-on pas au contraire porté à croire qu'ils ne peuvent qu'aggraver la maladie, soit en supprimant les lochies, soit, par l'effet même de leur impression, en déterminant une phlegmasie tout au moins aussi dangereuse ?

Lorsqu'on est appelé au début de la phlébite utérine, si les douleurs sont très-bornées, peu prononcées, si l'utérus ne forme qu'une tumeur encore peu élevée au-dessus des pubis (ce qui, dans quelques circonstances, indique assez bien le peu d'étendue de l'inflammation) ; si d'ailleurs la femme est d'une constitution grêle, débile et nerveuse ; si elle a perdu beaucoup de sang, on peut espérer qu'à l'aide du repos, de la diète, de quelques cataplasmes émolliens ou rendus légèrement anodins par l'addition de quelques gouttes de laudanum ; qu'à l'aide de quelques cuillerées d'une potion calmante et de l'éloignement de tout ce qui peut troubler la femme, l'émouvoir, on parviendra chez elle à rétablir l'organisme dans son état normal. Si, malgré ces moyens, la maladie fait des progrès, les momens sont précieux ; hésiter et temporiser davantage serait montrer une négligence bien coupable et exposer la vie de la malade. Il faut alors recourir aux émissions sanguines abondantes, surtout si la malade est robuste. La saignée générale, présentant le double avantage de produire une déplétion plus prompte, et de porter le cours du sang vers un point éloigné de la périphérie, doit mériter la préférence. Si une première ne suffit pas, on en fera une seconde, et ainsi de suite. On aidera, dans tous les cas, suivant les indications, à l'action de ce moyen, par l'application de sangsues à la vulve, aux cuisses ou à l'hypogastre ; par des injections émollientes dans le vagin et dans l'intérieur même de la cavité utérine, par des fomentations, des demi-bains de même nature, des boissons tempérantes, la diète, etc., etc. Si la phlegmasie résiste encore, et tend à se pro-

pager, on pourra, après avoir eu recours aux antiphlogistiques, recourir aux dérivatifs, aux révulsifs. L'application des vésicatoires, des sinapismes, pourra donc, dans quelques circonstances, être utile. Si la phlébite s'est terminée par suppuration, comme c'est le le plus ordinaire, et qu'on puisse atteindre les abcès, on se hâtera de les ouvrir et de procurer une libre issue au pus. Si elle est compliquée, on sent que le traitement devra être modifié suivant ces complications, etc., etc.

Je termine ici ce que j'avais à dire de cette maladie. Je n'ignore pas qu'un tel sujet eût été susceptible d'un plus grand développement; mais si mes juges réfléchissent à mon peu d'expérience, à la difficulté des matières, et au peu de temps que j'avais à y consacrer, ma bonne intention me tiendra lieu d'excuse auprès d'eux, et me conciliera peut-être une indulgence que je ne saurais trop réclamer.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Mensibus copiosioribus prodeuntibus, morbi contingunt; non prodeuntibus, ab utero fiunt morbi. *Sect.* 5, *aph.* 57.

II.

Mulier in utero gerens sectâ venâ abortit, et magis, si major fuerit fœtus. *Ibid.*, *aph.* 31.

III.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 32.

IV.

Mulieri menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Ibid.*, *aph.* 33.

V.

In non intermittentibus febribus, si externa quidem frigida sint, interna verò urantur et sitim habeant, lethale. *Sect.* 4, *aph.* 48.

VI.

In omni morbo, mente valere et benè se habere ad ea quæ offeruntur, bonum est; contrarium verò, malum. *Sect.* 2, *aph.* 33.

OBSERVATIONS

N° 197.

SUR

LES POLYPES DE LA MATRICE,

SUIVIES

DE QUELQUES PROPOSITIONS.

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR MARX,

Propter solum uterum mulier est, id quod est.

VANHELMONT.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur*.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur*.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur*.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN, *Président*.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires,

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec, *Examinateur*.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur*.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Suppléant*.	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE BARON

G. DUPUYTREN,

Membre de l'Institut; premier Chirurgien du Roi et de l'Hôtel-Dieu; Professeur à la Faculté de médecine de Paris; Membre du Conseil de Salubrité; Chevalier des Ordres royaux de la Légion-d'Honneur et de Saint-Michel; Chevalier de l'ordre Saint-Wladimir de Russie, etc., etc.

Reconnaissance éternelle, dévouement sans bornes.

MARX.

OBSERVATIONS

SUR

LES POLYPES DE LA MATRICE,

SUIVIES

DE QUELQUES PROPOSITIONS.

Ire. OBS. *Polype fibreux dégénéré, implanté sur la lèvre postérieure du col. Excision. Guérison parfaite.*

ROSALIE-CÉCILE MUSARD, âgée de trente-trois ans, exerçant la profession de vigneronne, vint à l'Hôtel-Dieu, le 20 novembre 1823, pour y être opérée d'un polype qu'elle portait à l'une des lèvres du col de la matrice.

Interrogée sur son état antérieur, cette malade nous dit qu'elle avait été réglée pour la première fois à quatorze ans, mariée à vingt-trois, et qu'elle avait eu quatre enfans; les couches furent toujours très-heureuses; le dernier enfant est âgé de trois ans. En 1822, elle commença à avoir des pertes en rouges assez abondantes, qui durèrent quatre mois sans interruption. Après ce temps, des intervalles

de huit à dix jours séparèrent les écoulemens, qui, pour durer moins long-temps, n'en étaient pas moins abondans; ils étaient accompagnés de douleurs dans les reins, dans les aines, de pesanteur au fondement et de difficultés en urinant.

Cependant la malade, effrayée de la quantité de sang qu'elle perdait, consulta dans son pays un médecin, qui, sans la toucher, lui fit prendre du sirop de quinquina, de la tisane de grande-consoude, etc. Ce traitement, suivi pendant trois mois, n'eut aucun succès.

Ne voyant pas le plus léger changement dans son état, Rosalie Musard se décida à venir consulter M. *Dupuytren.* La première chose qu'il fit, fut de la toucher; il rencontra aussitôt un polype fibreux et dégénéré, qui était implanté par un pédicule étroit sur la lèvre postérieure du col de l'utérus; la malade fut admise d'urgence, et couchée salle Saint-Jean.

Le lendemain, M. *Dupuytren* la fit descendre à l'amphithéâtre. Placée sur le lit destiné aux opérations de la taille, les jambes, les cuisses fléchies, écartées, étant soutenue par des aides, elle fut opérée de la manière suivante :

Un large *speculum* fut introduit dans le vagin, le polype s'engagea dans sa cavité, il fut saisi avec des pinces de *Museux;* le *speculum* fut retiré; une seconde pince fut implantée dans la tumeur, peu à peu elle fut attirée au-dehors, et alors il fut facile de l'exciser à l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat.

Le polype avait le volume du poing; il était fibreux, et offrait dans quelques endroits des points dégénérés et carcinomateux. Il s'écoula à peine quelques cuillerées de sang, et la malade n'éprouva pas la moindre douleur. Le 24, elle quitta l'hôpital parfaitement guérie.

II^e. OBS. — *Large polype fibreux implanté au col de l'utérus, opéré avec succès par excision.*

Marie-Louise Gérard, fabricante de perles, veuve, âgée de quarante-deux ans, mère de quatre enfans, jouissait d'une très-bonne santé, lorsqu'elle fut prise, il y a dix mois, d'une perte de sang qui dura quatre à cinq heures : rien n'avait provoqué cette hémorrhagie, et jusqu'alors elle avait été bien réglée.

Depuis ce moment, cette perte s'est renouvelée à peu près tous les huit jours. Bientôt la malade perdit son embonpoint, sa face se décolora, ses forces diminuèrent; elle devint paresseuse, insouciante. Un médecin fut appelé, annonça à la malade qu'elle ne devait pas s'inquiéter, qu'elle était dans son temps critique, et que cet état de choses passerait bientôt; il prescrivit des purgatifs, ne toucha pas la malade. Cependant les pertes ne diminuaient point, la maigreur, la pâleur augmentaient avec la débilité de la malade. Enfin n'apercevant aucune amélioration dans son mal, effrayée au contraire de ses progrès, elle se décida à entrer l'Hôtel-Dieu; elle fut couchée à la salle Saint-Côme. L'interne la toucha, et reconnut une tumeur fibreuse. Le lendemain matin, elle fut touchée par M. *Dupuytren;* il reconnut un large polype de nature fibreuse, paraissant s'implanter sur la lèvre antérieure du col par un pédicule large et court. La malade était d'ailleurs dans l'état suivant :

Toute la peau, et surtout celle de la face, était d'un jaune pâle, qui donnait à la malade l'apparence d'une figure de cire. Les lèvres participaient à cet *étiolement.* La maigreur était considérable; la malade n'avait aucune force et ne pouvait rester que couchée; les moindres mouvemens étaient suivis de syncope. Enfin elle perdait continuellement en rouge et quelquefois en blanc.

Dans cet état de chose, M. *Dupuytren* vit bien que la malade n'avait plus que peu de temps à vivre, si on ne se hâtait d'enlever le

mal, cause de l'état d'anémie où se trouvait cette malheureuse. En conséquence, l'opération fut arrêtée pour le lendemain.

Le 18 juin, descendue à l'amphithéâtre, placée sur le lit destiné aux opérations de la taille, un *speculum* fut introduit, et laissa voir au fond du vagin un corps lisse, convexe, blanc.

On introduisit alors une pince de *Museux*, dont les mors furent ancrés dans la substance de la tumeur; cela fait on retira le *speculum*, et on fit de légères tractions, en invitant la malade à pousser comme s'il fallait accoucher.

La malade exécuta avec intelligence cette prescription; une seconde paire de pince fut implantée, et la tumeur, par ces tractions douces et réitérées, poussée d'ailleurs par les véritables efforts d'accouchement que faisait cette femme, parvint bientôt à la vulve et devint visible à l'œil.

On vit alors une tumeur lisse, blanche, fibreuse, convexe, et tellement analogue à l'utérus, que M. *Dupuytren* crut, avant d'exécuter d'autres tractions, devoir s'assurer si ce n'était pas l'utérus lui-même; pour cela, il pratiqua sur la partie la plus saillante une incision profonde : cette incision ne fit pénétrer le bistouri dans aucune cavité. M. *Dupuytren* alors acheva l'extirpation. Pour cela, après avoir fait dépasser en partie la tumeur au-devant de la vulve, il coupa le pédicule à l'aide de deux ou trois coups de ciseaux courbes.

Le corps étranger tomba alors à terre. La tumeur enlevée était de nature fibreuse de la grosseur du poing d'un adulte.

Le tissu incisé est fibreux, comme je l'ai dit. A cinq lignes de profondeur il devient plus gris; il est aussi moins dur, et paraît avoir éprouvé un commencement de dégénérescence.

Aussitôt opérée, la malade fut portée dans son lit, préalablement bassiné. Pendant l'opération, il ne s'était pas écoulé une goutte de sang; il ne s'en écoula pas davantage depuis lors. Quatre jours après, on remarquait déjà un changement dans la coloration de la face, les pommettes avaient pris une teinte légère de rose.

Mais en même temps arriva un symptôme qu'avait annoncé à la ma-

lade M. *Dupuytren*, des bourdonnemens dans les oreilles, effet qui a toujours lieu dans les pertes considérables. Des sinapismes placés à la partie interne des cuisses suffirent pour faire disparaître cette incommodité. Depuis ce moment, la malade s'est toujours bien portée, a repris de la force, de la gaîté, et n'a pas perdu une seule goutte de sang.

Elle sort le 9 juillet dans l'état le plus satisfaisant, conservant encore néanmoins une assez forte pâleur.

III^e^ OBS. — *Polype fibreux pédiculé naissant de l'intérieur de l'utérus; incision du col de la matrice de dedans en dehors, excision du polype et guérison.*

Elizabeth Tarcois, âgée de quarante-neuf ans, couturière, entra à l'Hôtel-Dieu, et fut couchée salle Saint-Jean, le 10 décembre 1823. Cette femme, d'un tempérament lymphatique, régulièrement réglée, n'a jamais eu d'enfans, ni aucune maladie du vagin ou de l'utérus.

Dans le courant du mois d'août dernier, elle eut une perte abondante, qui dura plusieurs jours; bientôt elle s'aperçut qu'elle avait une tumeur dans le vagin. Quelques jours après, cette tumeur se présenta à la vulve, et fit bientôt saillie entre les grandes lèvres. La malade se plaint de douleurs dans le ventre, de tiraillemens dans les aines, d'écoulemens en blanc, de pesanteurs au fondement, de difficultés et de douleurs en allant à la garde-robe.

A son entrée à l'hôpital, Elizabeth Tarcois était dans l'état suivant :

Tumeurs dans le vagin, rugeuse, rougeâtre, dure, ulcérée dans divers points. Le doigt introduit dans le canal des règles pouvait facilement en circonscrire le pédicule, qui était fortement embrassé par le col de la matrice, qui lui formait une espèce d'anneau, de manière qu'il n'y avait aucun doute que la tumeur ne prît son origine de l'intérieur même de l'utérus.

La santé de la malade était parfaite, l'opération fut pratiquée le 13 décembre de la manière suivante :

La malade fut placée sur un lit, comme pour l'opération de la

taille, les jambes et les cuisses écartées et maintenues. M. *Dupuytren*, placé entre les jambes de la malade, saisit le polype avec des pinces de *Museux* et l'attira au dehors. A mesure que la tumeur avançait, on la saisissait avec d'autres pinces, et ainsi successivement, de sorte que bientôt le col de la matrice parut à la vulve ; il fut incisé, de dedans en dehors, à l'aide d'un bistouri boutonné, et à l'aide de forts ciseaux courbes sur le plat M. *Dupuytren* put aller couper dans l'utérus le pédicule du polype ; il n'y eut après cette section aucun écoulement de sang, et la matrice remonta aussitôt dans le vagin.

La tumeur examinée offrit les caractères suivans :

Elle était d'un tissu dur, dense, élastique, grisâtre, criant sous le bistouri; son intérieur offrait une cavité assez considérable, sur les parois de laquelle se remarquaient des colonnes fibreuses, dont la disposition est en tout analogue à celles du cœur. Quelques points commençaient à dégénérer.

La malade n'éprouva aucun accident après l'opération ; les douleurs dans les reins, les écoulemens en blanc, en rouge disparurent.

Le 22, la malade, qui depuis plusieurs jours n'avait pas été à la garde-robe, pressée par le besoin, fit de violens efforts pour y satisfaire, qui déterminèrent un petit écoulement de sang qui dura plusieurs jours.

Le 6 janvier, elle quitta l'hôpital parfaitement guérie.

IV^e^. OBS. — *Polype utérin excisé avec succès.*

Marie-Louis Tellier, âgée de cinquante et un ans, mère de deux enfans, dont le plus jeune a dix ans; bien portante et très-bien réglée avant l'invasion de la maladie dont elle est actuellement affectée, fruitière, et livrée habituellement à des travaux assez pénibles, commença, il y a neuf ans et demi, à éprouver des dérangemens dans la menstruation; l'écoulement sanguin avait lieu tantôt à quinze jours, tantôt à un mois, tantôt même à deux mois de distance du précédent, et était chaque fois suivi d'un écoulement muqueux qui durait quelques jours. Sa santé générale n'était pas altérée, et elle continuait à se livrer aux travaux de sa profession.

Au bout de six ans, elle sentit dans le fond du conduit vulvo-utérin une tumeur qui, lorsqu'elle faisait des efforts, s'abaissait et se rapprochait de la vulve. Il s'établit un écoulement continuel d'un liquide roussâtre, fétide; la santé générale de la malade s'altéra; elle devint maigre et pâle.

La tumeur, par ses progrès, finit par atteindre le niveau de l'orifice inférieur du vagin, et la compression qu'elle exerçait sur le rectum gênait considérablement la défécation. Lorsque la malade voulait satisfaire à ce besoin, il fallait qu'elle la soutînt fortement.

Le 14 mai 1826, dans un de ces efforts, la tumeur sortit tout à coup, accompagnée de l'écoulement d'une assez grande quantité de sang et d'une douleur dans la région lombaire. Le 18 mai, elle entra à l'Hôtel-Dieu. Embonpoint médiocre, teint pâle, peau d'une couleur jaune de paille, yeux cernés, pouls faible et un peu fréquent, faiblesse assez grande. La partie supérieure de l'intervalle que laissent entre elles les cuisses était occupée par une masse polypeuse arrondie en forme de champignon renversé, ayant un demi-pied de diamètre et trois pouces d'épaisseur, offrant une surface bosselée. Sa face supérieure offrait une espèce d'ombilic, d'où s'élevait un pédicule d'un pouce de diamètre, apparent au dehors de deux pouces et occupant toute la longueur du vagin. Le doigt introduit dans ce canal ne pouvait l'explorer qu'avec beaucoup de difficultés, vu le volume de ce pédicule; il s'enfonçait à deux ou trois pouces de profondeur, et rencontrait un cul-de-sac circulaire embrassant la partie la plus reculée de ce pédicule, sans qu'il fût possible de distinguer les lèvres du col de l'utérus.

Le caractère de cette tumeur était évident. Mais où finissait le pédicule du polype? Quel était le lieu de son implantation? Quels changemens de rapports avait subi l'utérus? Toutes ces questions importantes ne pouvaient être résolues.

Le lendemain, M. *Dupuytren* procéda à son ablation de la manière suivante : la malade étant placée sur un lit un peu élevé, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, une anse de fil fut portée sur son

pédicule, aussi haut que possible; les deux chefs en furent engagés dans l'anneau du serre-nœud de *Desault*, sans exercer aucune constriction sur le pédicule. Celui-ci fut coupé au niveau de l'orifice inférieur du vagin, avec de gros ciseaux courbes sur leur plat. Un léger écoulement de sang, fourni par deux artérioles, ne tarda pas à s'arrêter. La malade fut reportée à son lit, et surveillée attentivement, afin que, si l'écoulement sanguin reparraissait, la ligature fût serrée.

Dans la journée, il ne survint aucun écoulement de sang; mais la malade fut continuellement dans un état voisin de la syncope. (Inf. de fl. de tilleul et d'oranger.)

L'examen du polype fit reconnaître au centre de la tumeur un tissu fibreux et squirrheux, offrant un faisceau central qui se continuait avec le pédicule; à la circonférence, dans un pouce d'épaisseur, un tissu rouge très-vasculaire, où se voyaient beaucoup de veines. Quelques-unes avaient le volume d'une plume de corbeau. La consistance de ce tissu allait en diminuant du centre à la circonférence. Quelques portions extérieures étaient très-molles et sur le point de s'ulcérer.

La surface extérieure de la tumeur offrait une membrane mince, floconneuse et formée par du tissu cellulaire. Le pédicule avait la même organisation, si ce n'est que le tissu squirrheux y prédominait beaucoup plus. Son centre était traversé par une artériole d'un assez fort calibre, qui, dans son trajet, donnait beaucoup de rameaux latéraux, et finissait par se perdre dans le corps du polype.

Je reviens à la malade. Pendant les quinze jours qui suivirent l'opération, elle fut toujours pâle, faible, ayant le pouls petit et fréquent, pas de sommeil, un peu de dévoiement; le pédicule du polype devint le siége d'un gonflement inflammatoire qui doubla son volume. Sa surface était le siége d'une suppuration peu abondante, mais dont l'écoulement continuel incommodait la malade et excoriait la partie supérieure des cuisses et le périnée, malgré les lotions fréquentes que l'on pratiquait afin d'empêcher son séjour sur la peau.

Le vingt et unième jour, le volume du pédicule commençant à diminuer, on put, sans causer de douleur à la malade, établir un bandage compressif, qui le disposât peu à peu à remonter dans le vagin. Deux jours après l'emploi de ce moyen, la malade ayant essayé de repousser un peu fortement le pédicule, celui-ci remonta tout à coup et ce plaça à une hauteur telle, qu'on ne le sentait plus en introduisant l'indicateur au fond du vagin.

La malade, commençant à recouvrer de l'appétit et des forces, et le pédicule du polype ne fournissant du reste presque plus de suppuration, demanda à sortir de l'hôpital le 14 juin, vingt-sixième jour de son entrée. Il nous a été impossible d'avoir sur le compte de cette malade des renseignemens depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu. Ce pédicule sera-t-il cause d'une récidive, d'une dégénérescence?

V^e. obs. — *Polype de l'utérus excisé avec succès.*

Louise Porteau, âgée de quarante-cinq ans, journalière, d'une forte constitution, ayant eu trois enfans, dont le plus jeune a dix-huit ans, commença, il y a six mois, à éprouver des dérangemens dans la menstruation auxquels succédèrent des hémorrhagies utérines abondantes et répétées. Plus tard, il se joignit à ces symptômes un état permanent de gêne et de pesanteur dans la région hypogastrique. Il y a un an que la malade s'aperçut qu'une tumeur se développait dans cette région. Cette tumeur s'accrut lentement, et finit par faire saillie dans le vagin. Pendant la marche et les exercices fatigans une partie devenait apparente à la vulve; l'écoulement sanguin était souvent remplacé par un liquide purulent, sanieux et fétide; enfin deux mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, il s'y joignit des douleurs très-vives dans le bas-ventre et dans les reins. A son entrée, le 24 mai 1826, elle avait encore assez d'embonpoint; la peau d'une couleur jaune : la malade éprouvait dans la région lombaire, à l'hypogastre, des douleurs assez vives. La partie inférieure de l'abdomen

était occupée par une tumeur arrondie qui s'étendait jusqu'à quelques travers de doigts au-dessous de l'ombilic et dépassait un peu la vulve. Ce qui paraissait au-dehors était grisâtre, dur arrondi, de consistance fibreuse. Le lendemain les douleurs s'accrurent, et les contractions utérines déterminèrent pendant la nuit l'expulsion d'une masse polypeuse d'un volume égal à celui d'un fœtus à terme, pourvu d'un pédicule d'un pouce et demi de diamètre, dont la racine ne put être atteinte par l'index introduit dans le vagin. Cette espèce d'accouchement mit terme aux douleurs, et elle ne fut plus incommodée que par l'odeur fétide qui s'exhalait de la tumeur. Le lendemain, M. *Dupuytren* pratiqua l'excision de son pédicule à l'aide de forts ciseaux, après avoir cependant porté autour de lui une anse de fil de soie triple, prête à être serrée dans le cas où il surviendrait un écoulement de sang. A peine le pédicule fut-il coupé qu'on vit sortir une assez grande quantité de sang noir et veineux, et l'on put s'assurer bientôt après que ce liquide ne venait pas de la partie supérieure du pédicule, mais qu'il se dégorgeait de la tumeur. La quantité put être évaluée à deux palettes environ.

La malade fut reportée à son lit; une éponge fine fut placée à l'entrée du vagin, et les cuisses furent tenues rapprochées.

La tumeur pesait cinq livres et demie. Elle avait une forme ovoïde dont le grand diamètre était de dix pouces, et le petit de cinq pouces et demi; la petite extrémité était celle qui avait occupé le vagin et fait saillie au dehors : elle avait une couleur grisâtre et une odeur fétide. La tumeur divisée offrait un tissu fibreux, jaunâtre, dense, résistant, criant sous le bistouri; à l'extérieur, une enveloppe fibreuse la recouvrait, et était sillonnée par un grand nombre de veines dilatées.

Le jour de l'opération se passa bien, sans douleur, sans accidens nerveux, sans écoulement de sang. Bientôt l'appétit, les forces revinrent; les écoulemens en rouge, en blanc avaient cessé, et la malade demanda à sortir le dixième jour de l'opération.

Le toucher, pratiqué à cette époque, fit reconnaître entre les

lèvres du museau de tanche un petit moignon arrondi et comme flétri qui était évidemment le reste du pédicule; l'utérus n'était pas encore complètement revenu sur lui-même, et formait encore une tumeur arrondie qui dépassait le bord du pubis

VI^e. OBS. — *Polype utérin, excision et guérison.*

Grigue, Marie-Madeleine, âgée de quarante-quatre ans, d'une constitution lymphatique, réglée à dix ans, mère de trois enfans à dix-huit ans, avait joui d'une très-bonne santé jusqu'à sa trente-sixième année, époque à laquelle elle éprouva des pertes en rouge d'abord peu considérables et revenant à des intervalles éloignés, puis plus abondantes et plus fréquentes; bientôt un écoulement en blanc s'établit. Les premiers symptômes inquiétèrent la malade; elle vint à l'Hôtel-Dieu consulter M. *Dupuytren*, qui, par le toucher; reconnut facilement dans le vagin la présence d'un polype. Elle désira entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise le 15 juillet 1825.

Le lendemain, à la visite, elle était dans l'état suivant : visage pâle, bouffi et pour ainsi dire transparent, comme celui de toutes les femmes affectées de pertes utérines; respiration gênée (la malade ayant eu anciennement une péripneumonie), inappétence, écoulement involontaire des urines, douleurs insupportables dans les reins, sentiment d'un poids incommode dans le petit bassin, tiraillement dans les aines, crampes continuelles dans les membres inférieurs, écoulement d'un liquide sanguino-purulent très-fétide par les parties génitales; en y introduisant le doigt, on sentait aussitôt un corps rond, résistant, pédiculé, et dont la partie supérieure était fortement embrassée par le col de la matrice.

Cette réunion de symptômes ne laissait aucun doute sur la nature du mal : c'était un polype fibreux.

Mais de quelle manière devait-on en débarrasser la malade?

La torsion et l'arrachement causent des douleurs vives et exposent

à l'inflammation ; la ligature est longue. M. *Dupuytren*, guidé par son expérience, résolut de faire l'excision du polype. La malade, pleine de courage et de confiance, y ayant consenti, elle fut placée sur le bord du lit, dans la position des malades qu'on opère de la pierre. Un aide ayant écarté les parties extérieures de la génération, le polype fut saisi à l'aide de fortes pinces de *Museux;* attiré au dehors de cette manière, le pédicule arriva presqu'à l'entrée de la vulve ; alors, à l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat, le pédicule fut coupé en deux ou trois coups sans qu'il s'écoula presque de sang.

L'opération dura fort peu de temps ; la malade n'éprouva presque pas de douleurs. On la reporta dans la salle, elle fut mise à la diète, et à l'usage de boissons émollientes et nitrée.

La journée se passa fort bien ; pas d'accidens nerveux, pas d'écoulement de sang, pas de douleurs, seulement un peu de cuisson en urinant.

Le lendemain, la malade a reposé ; son bon état continue. Le troisième jour, léger mouvement fébrile ; la suppuration est établie ; elle n'a pas l'odeur fétide qu'avaient les écoulemens en blanc. Même prescription ; on permet du bouillon. Les règles surviennent le cinquième jour, comme dans l'état de santé le plus parfait ; elles durent six jours, et le onzième la malade sort guérie, n'ayant ni écoulement en rouge, non plus qu'en blanc, et débarrassée de ses douleurs.

Le polype examiné, était à la surface d'un rouge livide ; la base présentait quelques bosselures ; le pédicule était revenu sur lui-même. et n'avait que quelques lignes de hauteur sur un pouce de diamètre. Quant au corps du polype, il avait trois pouces et demi de haut sur deux de large. En coupant cette tumeur, elle criait sous le bistouri ; elle était dure, blanche et toute fibreuse, et analogue aux cartilages intervertébraux.

VII^e. obs. — *Polype de l'utérus. Excision.*

Marguerite Morrierre, âgée de quarante-cinq ans, entrée à l'Hôtel-Dieu en 1825, livrée aux travaux de la campagne, a toujours joui d'une bonne santé, toujours bien réglée, ayant eu plusieurs accouchemens naturels. Il y a deux ans, les règles devinrent plus abondantes, durèrent plus long-temps, sans incommoder cependant la malade. A ces écoulemens sanguins succédèrent des écoulemens en blanc. Morrierre y faisait peu d'attention, lorsque, dans les premiers jours d'avril, après quelques efforts, elle sentit une grosseur sortir par les parties génitales. Alarmée de cet accident, elle consulta un médecin, qui l'engagea à venir à Paris, parce qu'elle a une maladie qui nécessite une opération.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on voit à la vulve une tumeur arrondie, rougeâtre, que M. *Dupuytren* reconnut pour être un polype. Le doigt porté dans le vagin sent cette tumeur ovoïde se prolonger jusqu'au col de la matrice, à la lèvre postérieure de laquelle elle est implantée par un pédicule assez large; elle est dure, lisse, évidemment de nature fibreuse.

M. *Dupuytren* propose l'opération; la malade, très-bien portante d'ailleurs, l'accepte avec empressement, et, le 10 avril, elle est portée à l'amphithéâtre, après avoir été baignée.

Placée comme pour l'opération de la taille, la vulve écartée par les deux doigts de deux aides, la tumeur est saisie avec des pinces de *Museux*, puis attirée au-dehors de manière à mettre bien en évidence le pédicule.

M. *Dupuytren*, après avoir examiné attentivement si ce n'est pas le col de l'utérus renversé, cette crainte étant bientôt dissipée, en quelques coups de ciseaux il détache le polype du col de la matrice, ayant eu soin d'inciser au-delà du pédicule de la tumeur.

Aucun écoulement de sang ne se fait immédiatement; la malade

dit qu'elle n'a rien senti ; elle retourne de son pied à son lit, se trouvant parfaitement bien.

Cependant, après quelques heures, lorsque le spasme est dissipé, la chaleur également répartie, du sang s'écoule assez rapidement pour effrayer la malade. Cet écoulement n'ayant rien d'alarmant, quelques lotions d'eau froide sont faites sur l'hypogastre, ce qui ne l'arrête pas. Plusieurs palettes de sang s'étaient écoulées, la malade pâlissait beaucoup ; on fait dans le vagin un léger tamponnement avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau vinaigrée. Le sang est arrêté immédiatement pour ne plus reparaître. Le reste de la journée la malade se trouve bien ; la nuit elle a un peu de sommeil.

Examen de la tumeur.

La tumeur est arrondie, du volume d'un œuf de poule, dure, élastique, évidemment fibreuse. Incisée par son milieu du sommet à la base, elle est formée à l'extérieur par une enveloppe cellulo-fibreuse qui peut en être détachée ; de cette enveloppe partait le prolongement qui s'unissait au col de l'utérus. Ce pédicule a plusieurs lignes d'étendue transversalement ; dans le sens inverse, il est assez étroit. C'est sur lui que la section a été faite, et par conséquent au-delà de la tumeur elle-même. Celle-ci est formée de faisceaux fibreux blanchâtres, dirigés et entrecroisés en tous sens : incisée dans tous les sens, elle offre toujours le même aspect. A l'intérieur, il n'y a aucune trace de vaisseaux sanguins ; l'enveloppe extérieure a une teinte rouge qui tient à ce qu'elle a été long-temps baignée par le sang : il y a aussi quelques petits vaisseaux.

Le troisième jour, le tamponnement tombe de lui-même avec quelques caillots. Le bien continue. Jusqu'ici la malade avait gardé le repos le plus absolu, maintenue à la diète la plus sévère et à l'usage d'une boisson délayante. On permit quelques bouillons, puis des potages, et successivement des potages plus solides et en plus grande quantité. Peu à peu les forces se rétablissent, la malade se lève et se

fortifie davantage ; bientôt elle peut sortir, se trouvant parfaitement guérie et débarrassée des pertes.

VIII^e. Obs. — *Polype fibreux de l'utérus. Excision. Guérison parfaite.*

La nommée Jeanne Moncouteau, âgée de cinquante ans, veuve, journalière, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une faible constitution, cessa il y a quatre ans d'être menstruée, mais elle fut prise d'un écoulement en blanc très-abondant, avec vives coliques, douleurs lombaires et inguinales. Quelques bains tièdes dont la malade fit alors usage lui procurèrent un peu de soulagement. Une année après, pertes en rouge, qui se répétèrent deux et trois fois par mois, quelquefois à des distances plus éloignées ; elles étaient accompagnées de faiblesse, d'un état de langueur générale. Elle vint à l'Hôtel-Dieu dans une salle de médecine le 18 avril 1818, où le toucher fit reconnaître dans le vagin la présence d'une tumeur volumineuse, lisse, égale à sa surface, remplissant en totalité la cavité du vagin, dont elle avait distendu les parois ; on ne pouvait que très-difficilement et en causant de vives douleurs à la malade parvenir jusqu'au col de l'utérus pour s'assurer de l'origine de la tumeur ; avec le même doigt il était impossible de parcourir la circonférence de la tumeur ; pour y parvenir, le médecin fut obligé de se placer au côté gauche de la malade, d'insinuer le doigt indicateur de la main du même côté entre la tumeur et le vagin. Arrivé au col de l'utérus, il put explorer tout le côté droit de la circonférence, et se convaincre que la tumeur ne s'implantait point sur cette partie ; il en fit de même pour le côté gauche, se plaçant à droite de la malade. Plusieurs praticiens explorèrent et eurent tous la même idée de la maladie.

Amenée dans les salles de chirurgie, le 21 avril 1818, elle était dans l'état suivant.

La face était pâle, jaunâtre, triste ; les yeux ternes, la peau sèche

et terreuse; la parole faible, le poul petit et lent, peu d'appétit; mauvaises digestions, qui étaient laborieuses; lassitudes et pesanteurs dans les lombes et dans les cuisses, coliques fréquentes, écoulement en blanc par le vagin : on sentait dans cette cavité une tumeur lisse à sa surface, dure, résistante, qui la remplissait complètement, et en avait distendu les parois. M. *Dupuytren* eut la même difficulté à explorer cette tumeur pour en reconnaître le point d'insertion qu'avaient eu les médecins des autres salles : il y parvint par la même conduite qu'ils avaient tenue.

La malade couchée sur le lit de la taille, les cuisses écartées l'une de l'autre et fléchies sur le bassin, comme pour cette opération, M. *Dupuytren*, avec sa main gauche écarta les deux grandes lèvres; de la main droite, armée d'une pince de *Museux*, il saisit la tumeur, qui paraissait un peu au dehors, et qu'un aide pressant fortement sur l'hypogastre, faisait sortir le plus possible; il exerça dessus des tractions qui terminèrent par l'amener à la vulve; il saisit la tumeur transversalement avec une seconde pince de *Museux*, chercha à lui faire franchir l'orifice inférieur du vagin, mais ne put y parvenir à cause de l'étroitesse de cette cavité, la malade n'ayant jamais eu d'enfans. Il pratiqua dès-lors une incision d'un demi-pouce à la commissure postérieure, puis appliqua une troisième pince de *Museux* sur la tumeur, qui l'amena au dehors. Avec des ciseaux courbés sur le plat, il en coupa en contondant le pédicule de la tumeur.

La première journée qui suivit l'opération, la malade était assez bien; le soir, elle n'éprouvait aucune douleur.

Le deuxième jour, la malade se plaignait de quelques douleurs dans l'hypogastre; le sommeil avait été tranquille, le pouls était petit, il y avait eu un léger frisson le matin. On la fit repasser dans la salle de médecine, d'où elle venait le 1^er^. mai 1818; elle y resta quelques jours, et sortit parfaitement guérie.

Examen de la tumeur.

La tumeur pouvait avoir le volume d'un œuf de poule d'Inde ; elle était blanchâtre, lisse à sa surface, dure ; elle offrait dans plusieurs points des vaisseaux capillaires remplis de sang ; la base, qui faisait saillie dans le vagin, offrait de légères inégalités ; son sommet était assez lisse ; en arrière, il offrait le pédicule qui avait trois à quatre lignes de diamètre ; il était blanchâtre et n'offrait pas de vaisseaux sanguins. La tumeur, incisée verticalement, offrait un tissu fibreux dans tous les points de son étendue ; ses fibres s'entrecroisaient dans des directions différentes ; une sorte de kyste cellulo-fibreux, épais de deux lignes, assez adhérent à la tumeur, formait son enveloppe extérieure.

IX^e^. OBS. *Polype fibreux de l'utérus, excision, guérison sans aucun accident.*

La nommée Marie-Jeanne Greaux, âgée de quarante-quatre ans, journalière, d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, bien réglée, mère de huit enfans, n'avait jamais eu que des flueurs blanches, lorsqu'il y a un, et depuis à chaque époque des règles, elle fut prise d'un écoulement en rouge très-abondant qui la jetait dans un état de faiblesse extrême, et cessait bientôt, pour reparaître le mois suivant ; le coït n'avait jamais été douloureux. Un mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle éprouva pour la première fois des douleurs dans les lombes et des tiraillemens dans les aines. Il y a huit jours qu'en faisant des efforts pour aller à la garderobe, la malade sentit un corps descendre dans le vagin, de là à la vulve ; elle le palpa avec ses doigts, et le fit ensuite remonter facilement sans éprouver de douleurs.

Entrée à l'Hôtel-Dieu le 6 novembre 1818, elle était dans l'état suivant :

La malade avait le teint pâle, blafard ; le visage décoloré, demi-transparent, anémique, l'air languissant ; toutes les fonctions s'exécutaient librement, l'excrétion des urines et celles des matières fécales se faisaient sans difficulté ni douleur ; le doigt indicateur enduit de cérat, introduit dans le vagin, y fit reconnaître la présence d'une tumeur à deux pouces à peu près de la vulve, dont la surface paraissait être arrondie, lisse, dure et rénitente ; elle pouvait avoir le volume d'un œuf de poule ; il était possible de tourner autour d'elle ; son insertion avait lieu par un pédicule étroit à la face interne et inférieure du col de l'utérus.

M. *Dupuytren*, ayant reconnu la nature de la maladie, pratiqua l'extirpation du polype de la manière suivante :

La malade placée sur le côté droit de son lit, les cuisses tenues fléchies sur l'abdomen par deux aides et écartées l'une de l'autre, M. *Dupuytren* écartant les grandes lèvres avec sa main gauche, on aperçu alors la tumeur à deux pouces de la vulve : il la saisit avec des pinces de *Museux*, dont les mors étaient dirigés d'avant en arrière, et il l'attira au dehors, puis avec une autre paires de pinces de *Museux* transversalement placée, le bord radial de la main gauche placé sous la tumeur, il lui fit exécuter un mouvement de bascule ; il coupa ensuite en plusieurs temps le pédicule avec des ciseaux courbés sur leur plat ; il ne s'écoula pas de sang, le toucher fit reconnaître l'orifice du col de l'utérus, qui était béant. Dans la journée, il s'écoula deux cuillerées à peu près de sérosité rougeâtre ; le ventre était souple, l'état général très-bon, elle sortit très-bien portante le 7 novembre 1818, le lendemain de son entrée.

Examen de la tumeur.

La tumeur était ovoïde, du volume d'un gros œuf de poule ; elle était blanchâtre rénitente, lisse à sa surface externe, environnée d'une membrane celluleuse. Partagée verticalement, son tissu était fibreux, peu extensible ; il fallait employer beaucoup de forces pour

parvenir à le déchirer; ses fibres avaient des directions très-variées, s'entrecroisaient. Le pédicule était court et rétracté, il offrait la même organisation que la tumeur.

X^e. obs. — *Polypes celluleux et vasculaires.*

Madame F...., âgée de trente ans, demeurant place Saint-Michel, mariée depuis dix ans, et n'ayant jamais eu d'enfans, éprouvait depuis fort long-temps des douleurs à la matrice, avec tiraillemens dans les aines et pesanteur au fondement. Cette jeune femme avait des écoulemens en blanc et en rouge tellement abondans, qu'elle était obligée d'être toujours garnie et de se changer plusieurs fois par jour.

Depuis les premiers indices de son indisposition, elle avait consulté un grand nombre de médecins, et leurs soins long-temps continués n'avaient apporté aucun soulagement à son état. Madame F.... désirait voir cesser son mal, qu'elle croyait, avec quelque raison, s'opposer à ce qu'elle eût des enfans. Mon excellent ami, M. le docteur *Jacquemin* fils, pensant qu'il y avait quelque cause matérielle à ces écoulemens, adressa la malade à M. *Dupuytren*. Tous deux, l'ayant touchée et examinée ensuite à l'aide du *speculum*, constatèrent l'existence d'un grand nombre de petits polypes rouges, vasculaires, ramassés en grappe, et remplissant le col de la matrice. Ils furent excisés à l'aide de longs ciseaux coudés à angle aigu; la plaie résultant de l'enlèvement du pédicule fut cautérisée à l'aide d'un gros cylindre de nitrate d'argent, monté sur un porte-caustique. Il ne survint ni accident inflamatoire, nerveux ou autres; les écoulemens, les douleurs cessèrent; et cette malade, qui n'avait jamais pu avoir d'enfans, devint enceinte deux mois après l'opération, et accoucha à terme d'un enfant bien portant. J'ai revu cette malade depuis, et la guérison ne s'est point démentie.

PROPOSITIONS.

I.

Un dixième environ des femmes malades depuis l'âge de quarante ans jusqu'à soixante, succombe à des affections des ovaires, de l'utérus, etc., de son col.

II.

Les jeunes filles ne sont guère sujettes qu'à des inflammations, qu'à des vices de conformation, et quelquefois à des polypes celluleux et vasculaires du col de la matrice.

III.

L'induration, le ramollissement et la putrescence de l'utérus peuvent-ils être regardés comme autant de maladies particulières de cet organe *Boer* [(1), *Luroth* (2), *Locher* (3)]? et ne sont-ils pas plutôt le résultat morbide de divers degrés de l'inflammation de la matrice [*Dupuytren* (4), *Vete* (5), *Deneux.*]?

(1) Naturalis medicinæ obstetriciæ, 1812.
(2) Répertoire général d'anatomie et de clinique chirurgicale, t 5, 1828.
(3) De putrescentiâ uteri, 1819.
(4) Leçons de clinique chirurgicale.
(5) Aphorismen über diè pathologisehe anatomie, 1803.

IV.

Une opération pratiquée pour une maladie susceptible de récidive doit rendre le chirurgien très-réservé sur le prognostic à tirer de l'issue de son opération, puisqu'on voit souvent le mal se reproduire loin des organes qui en étaient le siége primitif.

V.

L'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine n'est point une contr'indication à une opération pratiquée sur les organes sexuels.

VI.

L'existence simultanée de deux ou plusieurs maladies cancéreuses chez la même personne doit faire rejeter toute opération.

VII.

On a vanté avec emphase la compression pour guérir les tumeurs squirrheuses, cancéreuses; les faits sont venus, et son efficacité s'est évanouie! N'a-t-on pas aussi proposé de la mettre en usage contre les affections squirrheuses du col de la matrice.

VIII.

De tous les accidens qui accompagnent les grandes opérations chirurgicales, le plus fréquent et le plus dangereux est l'inflammation, soit qu'elle se développe sur les parties opérées, soit qu'elle s'empare des parties voisines, ou qu'elle sévisse contre des organes nécessaires à la vie. Ce qui fait surtout le danger de ces inflammations, c'est qu'elles se déclarent d'une manière insideuse, et se terminent promptement par la mort.

IX.

Les excroissances, les maladies qui se développent sur les parties génitales externes de la femme peuvent être soumises à la vue et au toucher ; il est presque toujours possible de déterminer leur nature, et de les enlever lorsqu'elles résistent aux moyens pharmaceutiques.

X.

Celles qui naissent dans le vagin sont souvent soustraites à la vue ; mais elles n'échappent néanmoins ni au toucher, ni au *speculum*, et l'on peut déterminer leur nature, leur forme, leur position, et les enlever à l'aide d'instrumens imaginés pour les emporter.

XI.

Au contraire, les excroissances, les maladies qui occupent la cavité de la matrice, et qui n'ont pas franchi son col, ne pouvant être soumises ni à la vue, ni au toucher, ni au *speculum*, ont été jusqu'à ce jour regardées comme au-dessus de toutes les ressources de l'art.

XII.

Le débridement du col, pratiqué par M. *Dupuytren*, a fait rentrer plusieurs de ces maladies incurables dans le domaine des maladies curables.

Ce débridement peut se faire de deux manières : par débridement, ou de dedans en dehors ; par ponction, ou de dehors en dedans.

XIII.

Un caractère commun à la plupart des maladies de la matrice, c'est de nuire à la conception, de provoquer des accouchemens prématu-

rés, et de causer la stérilité. Un second accident non moins remarquable, c'est qu'elles déterminent la suppression des règles, et qu'elles simulent souvent les phénomènes de la grossesse.

XIV.

L'extirpation des polypes fibreux volumineux est ordinairement accompagnée des mêmes contractions de l'utérus que celles qui ont lieu dans l'accouchement; les femmes ont souvent les seins volumineux, et elles conservent sur l'abdomen les mêmes vergetures que lorsqu'elles ont eu des enfans.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

(*edente* PARISET).

I.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.

II.

Quibus os uteri durum est, his necesse est os uteri clausum esse *Sect.* 5, *aph.* 54.

III.

Mulieri in utero gerenti, si alvus multum fluxerit, periculum ne abortiat. *Sect.* 5, *aph.* 34.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

V.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisita optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

VI.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 47.

DISSERTATION

N° 198.

SUR

LES HÉMORRHOÏDES EN GÉNÉRAL,

ET SUR LEUR EXCISION EN PARTICULIER ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR P.-A. LEMAIRE.

Multorum malorum causa sunt hæmorrhoides deformitatem, miseram vitam inducunt, et multos vitâ privant.

AETIUS, tetrab. IV, sect. 2, c. 5.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur*.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur*.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur*.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN, *Président*.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec, *Examinateur*.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur*.	Maisonnabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Suppléant*.	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE.

P.-A. LEMAIRE.

A MONSIEUR LE BARON

DUPUYTREN,

Membre de l'Institut, premier Chirurgien du Roi; Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu; Professeur de la Faculté de médecine de Paris; Membre du conseil de salubrité; Chevalier des ordres de la Légion-d'Honneur, de Saint-Michel et de Saint-Wladimir. etc., etc.

Respect, dévouement, reconnaissance.

P.-A. LEMAIRE.

DISSERTATION

SUR

LES HÉMORRHOÏDES EN GÉNÉRAL,

ET SUR LEUR EXCISION EN PARTICULIER.

Resserré dans les bornes étroites d'une dissertation, il serait impossible d'embrasser dans son ensemble un sujet aussi vaste que les hémorrhoïdes ; je me vois donc, quoiqu'à regret, forcé de circonscrire sur un point des recherches dont le sujet entier serait digne.

En traitant de l'excision des tumeurs hémorrhoïdales en particulier, je ne m'occuperai d'une manière générale de l'histoire, des signes, des causes, des effets et du traitement de cette intéressante maladie, qu'autant que les développemens de la spécialité de ma thèse m'en imposeront le besoin.

Ceci posé, j'arrive naturellement à me demander ce qu'on entend par *tumeurs hémorrhoïdales*.

Les anciens, et *Hippocrate* à leur tête, répondent : si les tumeurs à l'anus fournissent du sang, ce sont des hémorrhoïdes ; si elles se développent sans ce phénomène, ce sont des condylomes. Mais *Hippocrate* donnait ce nom *d'hémorrhoïdes* à tous les écoulemens de sang par quelque voie que s'échappât ce liquide ; enfin par son étymologie,

comme par son acception, ce mot était synonyme d'hémorrhagie. Il disait condylome dans l'autre cas, et non tumeur hémorrhoïdale non fluente, parce qu'il était correct, et qu'il n'appartenait qu'à des temps barbares d'écrire tumeur *fluente* qui ne *flue* pas, et *flux* qui *flue*. S'il faut s'étonner qu'on ait tenu autrefois ce langage, ne doit-on pas se récrier davantage, d'entendre les savans du dix-neuvième siècle répéter ce pléonasme, qui doit blesser leur goût, et que le simple écolier signale

Principium doctrinæ nominum disquisitio est.

Comme la composition intime des hémorrhoïdes peut et doit influer sur le choix des moyens curatifs, on ne saurait trop s'efforcer d'en déterminer la nature. Là se trouve un problème long-temps débattu, et, il faut le dire, encore à résoudre. Je n'ai pas la prétention d'éclaircir ce point important, mais en demandant ce qu'il reste à faire, peut-être provoquerai-je un zèle habile qui le saura tenter avec succès ?

Montaigre dit avec beaucoup de raison que c'est toujours une fluxion qui détermine l'apparition de ces tumeurs : elles s'annoncent en effet par des signes généraux et particuliers, qu'il serait trop long d'énumérer ici.

La position de ces tumeurs, leur volume, leurs formes, leur couleur ont fourni des caractères pour les distinguer entre elles, mais qui n'apprennent rien sur leur structure en particulier. Il m'a donc semblé que ces dénominations si nombreuses appartenaient plutôt à l'histoire générale de cette maladie, et qu'elles grossiraient inutilement ma thèse.

Par sa position déclive, par les efforts continuels et l'irritation dirigés contre ses parois, le rectum est le siége d'une congestion sanguine, qui paraît le plus souvent l'effet d'une cause pléthorique. Cette fluxion détermine ordinairement le développement de tubercules dits *hémorrhoïdaux*. Ceux-ci peuvent persister ou disparaître sans écoulement de sang; plus souvent ils donnent lieu à cet écoulement, et se flétrissent, pour revenir à des intervalles plus ou moins éloignés. Le

sujet est-il vigoureux, cette évacuation le soulage comme le ferait une épistaxis ou toute autre hémorrhagie active. S'en suit-il qu'il faille regarder cette affection comme un bienfait? Je ne le pense pas. Mais c'est un point de dérivation dites-vous? Que vos soins tendent à n'en avoir pas besoin. Elle prévient une congestion qui pourrait être funeste sur un organe important? Prévoyez ce danger, et sachez le prévenir: c'est là qu'est le médecin.

Non, cette incommodité n'est point un bienfait! Cet ennemi que vous ménagez, il vous menace, et ne grandira que pour vous nuire! Si les tumeurs ne fluent pas, leur tension est fatigante et douloureuse; si l'écoulement est fréquent, il augmente la pléthore; la fluxion, toujours plus active, détermine des pertes de sang toujours plus abondantes, et qui ne pourront enfin augmenter sans danger pour la vie.

Je dis que cette affection dépend presque toujours d'une cause pléthorique, et je vais essayer de le démontrer.

Quels sont les sujets exposés aux hémorrhoïdes? Ce sont principalement les adultes : l'âge pléthorique par excellence. Je sais qu'on a observé cette maladie chez des enfans fort jeunes; mais ce fait, pour être vrai, ne détruit pas mon assertion; il confirme seulement qu'il n'y a pas de vérités dans le sens absolu. Très-fréquemment encore on rencontre cette affection chez les gens âgés; je ne le nie pas, mais j'ajoute que chez eux l'écoulement en vieillissant a prolongé la pléthore, et que l'habitude a converti ce mal en besoin sanitaire. Il faut convenir d'ailleurs qu'on voit très-rarement l'invasion des hémorrhoïdes avoir lieu chez les personnes qui on dépassé soixante ans, ou que, si cela se voit quelquefois, jamais alors cette affection n'acquiert une activité dangéreuse.

Si on ne conteste pas ce résultat de l'observation, j'oserai l'opposer à cette sentence de *Galien*, qui attribue surtout les hémorrhoïdes à la vieillesse : *Vere hujus ætatis est passio.*

Si nous fouillons dans les livres pour y chercher le secret de la composition des tumeurs hémorrhoïdales, nous voyons *Hippocrate* et l'an-

tiquité, dont il est le chef, confondre exclusivement sous le nom de *veines* tous les vaisseaux qui transportent le sang : l'*artère aorte* ne s'appelait pas autrement, *vena aorta*. Ainsi s'écroule l'appui qu'un si haut témoignage semblait prêter aux partisans des varices. Ce puissant étaie est renversé par cette phrase, qui représente exactement l'opinion des anciens sur la circulation : *Sanguis per venas in omne corpus distribuitur, et spiritus per arterias.*

Si de là nous passons aux écrits contemporains, nous nous demandons encore, après les avoir lus, si l'écoulement de sang auquel donnent lieu les hémorrhoïdes est dû, soit à une exhalation, soit à une rupture de vaisseaux artériels ou veineux qui se distribuent à la muqueuse rectale.

Montaigre veut que l'écoulement du sang ne vienne ni des artères, ni des veines, mais bien des capillaires intermédiaires à ces deux ordres de vaisseaux. Mais ces capillaires sanguins sont-ils bien distincts? existent-ils par eux-mêmes? Il semble qu'on ne les ait admis que pour se soustraire à l'embarras de montrer dans des canaux qui se continuent, la fin des artères et le commencement des veines. D'ailleurs si ce sang avait toujours la même source, on ne le verrait pas noir dans des cas et rutilant dans d'autres.

On trouve dans *Cullen* que les hémorrhoïdes sont formées par un épanchement de sang dans le tissu cellulaire de l'intestin près de son extrémité. *Ledran* les compare à des tumeurs spongieuses. M. le professeur *Récamier* et M. *Delaroque* disent qu'elle résultent de kystes sanguins. Tout récemment M. *Jobert*, revenant à la plus ancienne dénomination, les a appelées *tumeurs variqueuses rectales*, dénomination qui, pour le dire en passant, ne me paraît pas rigoureusement découler des belles recherches consignées dans sa thèse.

Chaussier avait dit : « Ces tumeurs sont dues à la rupture de quelques « ramuscules capillaires situés dans l'épaisseur des tuniques de l'in- « testin, ou immédiatement au-dessous de la muqueuse rectale. » Sorte d'ecchymose qui peut être résorbée là comme ailleurs. Vient-on à examiner les tumeurs de cette espèce pendant ce travail, on trouve

les lymphatiques opérant cette résorption plus ou moins rouges et turgescens; ils constituent sans doute ces vaisseaux de nouvelle formation, que *Béclard*, *Laennec* et *Abernethy* ont signalés. Si par un motif quelconque la résorption n'a pas lieu (et la compression des lymphatiques en pourrait bien être la cause), le tissu cellulaire écarté se condense autour de l'épanchement, se durcit, enkyste véritablement le sang déposé : de là les caillots noirs dont M. *Récamier* a le premier signalé l'existence. J'en ai rencontré moi-même assez fréquemment, et je me suis assuré par des dissections minutieuses, que ces kystes isolés avec soin, semblables à une petite vessie pleine de couleur, résistaient à la pression, que souvent ils ne laissaient nullement apercevoir la trace du vaisseau qui les avait remplis, et qu'ils ne pouvaient se vider que par une véritable déchirure.

Montaigre expliquait la formation de ces kystes par la dilatation dans un des points d'un vaisseau capillaire; pour moi, je pense que la fluxion, d'une part, de l'autre l'obstacle qui existe à la circulation dans cette partie, où des vaisseaux nombreux s'anastomosent, se croisent de mille manières, peuvent bien amener la turgescence, l'apparence érectile des tumeurs, l'exhalation artérielle ou veineuse, la dilatation et la rupture des vaisseaux, avec épanchement soit par la surface de la muqueuse, soit dans le tissu cellulaire sous-jacent, où il peut être tantôt résorbé, tantôt enkysté. En sorte que dans l'examen attentif et impartial des tumeurs hémorrhoïdales, on trouve la raison de cette diversité d'opinions, plus ou moins ingénieuses, mais qui toutes mériteraient plus de confiance, si elles étaient moins exclusives.

Ces injections admirables faites dans l'intention de défendre une opinion prouveraient au besoin ce que j'avance. Injectez-vous les artères avec toutes les précautions usitées dans ce cas, le liquide arrive par des canaux imperceptibles, et baigne bientôt la muqueuse rectale. Injectez-vous avec les mêmes soins par les veines, vous obtenez le même résultat. Fendez-vous avec le bistouri une des tumeurs, vous y retrouvez l'injection; et, soit qu'elle vienne par les veines ou les artères, si vous continuez à pousser ce liquide, il continue à arriver

de même. Comment donc appeler ces tumeurs? Il faut leur donner un nom que ne démente point leur nature, et je propose celui de *tumeurs vasculaires rectales, fluentes* ou *non fluentes*. Mais, dira-t-on, ce langage est vague; j'en conviens, mais je dis qu'il s'applique d'autant mieux à ce qu'il faut qu'il signifie : et s'il n'est ni concis, ni élégant, du moins il est correct.

Je ne ferai que mentionner ici les hémorrhoïdes insolites, que beaucoup d'auteurs ont signalées. On en a décrit qui avaient leur siége dans les narines, dans le conduit auditif externe, dans la bouche principalement à la région palatine; d'autres étaient situées dans la cavité de l'utérus, ou sur son col, ou dans le vagin, etc. Sans discuter sur l'authenticité de tous ces faits, je dirai seulement que, dans le plus grand nombre des cas, ces tumeurs étaient de nature polypeuse.

Outre les tumeurs hémorrhoïdales proprement dites auxquelles on a donné le nom de *marisques* à cause de leur ressemblance avec ce fruit, on a encore appelé ainsi des tumeurs qui se développent tantôt aux parties génitales, tantôt au pourtour de l'anus, et qui sont le produit d'une cause vénérienne, *luc venereâ*. Ce sont ces dernières que *Columelle* a flétries de l'épithète de *viles*, Martial de *fatuæ;* et ne peut-on pas alors pardonner à ce poète, en les décriant, de faire sourire le médecin qui les retranche?

Cœduntur tumidæ, medico ridente, mariscæ.

Revenant à mon sujet, je dis qu'on ne saurait nier que l'écoulement du sang par l'anus n'ait été quelquefois une crise heureuse dans plusieurs maladies aiguës, et que souvent, dans quelques affections chroniques, il n'ait procuré un grand soulagement.

Les individus affaiblis par une maladie organique des intestins, du foie, mais surtout des poumons, présentent fréquemment des hémorrhoïdes; chez ces malades, il serait certainement contre toutes les règles de chercher à guérir l'affection locale. La cause pléthorique qui la pourrait rendre offensive n'existe point ; elle prouve seulement un effort de la nature, *molimen naturæ*, qu'il faut seconder, puisqu'il tend à éta-

blir une fluxion révulsive vers l'anus. Il est, en effet, d'observation que chez certains sujets qui présentaient les signes pathognomoniques de la phthisie, l'action destructive de cette maladie a été pendant plus ou moins long-temps suspendue par la présence des hémorrhoïdes; et que par leur suppression inopportune le mal a repris toute son énergie meurtrière. Chez les femmes enceintes, souvent vers les derniers temps de la grossesse, ou par les efforts de l'accouchement, on voit se développer des tumeurs hémorrhoïdales: ici elles tiennent à une cause évidente, et disparaissent avec elle.

Mais, à l'exception de ces cas peu nombreux et très-tranchés, il ne me paraît pas qu'on ait donné de bonnes raisons contre la cure radicale des hémorrhoïdes. Ce langage autrefois eût été une hérésie; de nos jours, il doit encore rencontrer beaucoup de contradicteurs; je vais donc essayer de le justifier.

Les partisans des hémorrhoïdes ne manquent jamais de citer ce passage si connu d'*Hippocrate : Qui sanguinem per ora venarum quæ in ano sunt perfundere solent, ii neque lateris dolore, neque pulmonis inflammatione, neque*, etc., *corripiuntur.* Mais ils se gardent bien de dire que le divin vieillard ajoute : *Tamen curati multi, non ità multò post hujus modi morbis correpti sunt, neque ità perniciosè habuerunt.* (*De humoribus*, lib., sec. 11.)

Hippocrate, ainsi que le dit *Dehaen*, paraît d'ailleurs avoir établi des différences entre les hémorrhoïdes. Quand elles sont devenues une vieille habitude, il recommande d'en laisser une pour l'écoulement du sang; si, au contraire, elles sont récentes, douloureuses, et d'un volume considérable, *vitium occasione natum, minimè verò salutare molimen naturæ considerabat.*

C'était aussi le sentiment de *Galien*, puisque dans ses Commentaires sur les aphorismes, il dit qu'il n'y a d'inconvénient à retrancher les hémorrhoïdes que lorsqu'elles sont très-anciennes; et pour fortifier encore cette opinion, il établit que l'écoulement du sang auquel elles donnent lieu, à moins qu'il ne soit noir, est souvent dangereux;

enfin que l'économie ne doit point être habituée à cette évacuation qui peut occasionner l'hydropisie, la cachexie et la mort.

Tissot regardait les hémorrhoïdes comme une maladie funeste. *Ettmuller* va plus loin, et il dit : *Quòcumque modo accidunt hæmorrhoïdalia pathemata, omnia sunt præter naturam.*

De leur côté, les partisans des hémorrhoïdes ont été jusqu'à transformer cette maladie en une véritable fonction ; mais en ont-ils fourni la preuve ?

Un écoulement de sang par la muqueuse nasale, les bronches, l'estomac ou la vessie, peut très-bien être la crise d'une congestion qui menaçait ou même avait envahi un organe important, et le médecin peut s'en réjouir ; mais s'avisera-t-on de dire qu'il faut seconder la nature, et favoriser, entretenir cette voie hémorrhagique ? L'écoulement par l'anus est moins menaçant...., moins immédiatement ; je l'accorde ; mais sans danger, je le nie.

Les auteurs allemands, parmi tous les autres, se sont distingués par leur amour pour les hémorrhoïdes. Non-seulement ils ne veulent pas qu'on y touche, mais même ils ont pour cette maladie une prédilection toute particulière : pour eux, c'est une sorte de déité à laquelle ils paient un tribut d'éloges en style qui doit donner de la médecine germanique une idée tout à fait poétique. Parlent-ils de l'écoulement du sang par l'anus, ils l'appellent *fluxus aureus !... auro omninò dignior et præstantior !...* Pour moi, je connais quelque chose de plus précieux encore, et ce quelque chose, c'est la santé.

Non est vivere, sed valere, vita.

Je sais qu'on peut trouver dans les ouvrages des anciens et dans les écrits des modernes la composition d'une liste très-effrayante des maux dont la guérison des hémorrhoïdes nous menace ; pour ne rien omettre et ne rien dire de trop, j'ajouterai que cette liste fatale se compose de toutes les maladies connues. Mais sans chercher à opposer à ces calculs, d'une exagération trop évidente, d'autres calculs aussi affligeans des maux que les hémorrhoïdes entraînent, je me bornerai à une énumération

qui ne sera ni longue, ni mensongère; toutefois, j'espère qu'elle justifiera des craintes malheureusement fondées sur des dangers trop réels.

Outre les douleurs souvent atroces, les dégénérescences de tous les genres, les étranglemens des tumeurs avec leurs accidens, et la gangrène plus ou moins étendue des parties, si le malade n'éprouve l'état pléthorique avec l'imminence des maux qu'il entraîne, l'écoulement de sang l'appauvrit, le débilite, amène, selon l'expression des anciens, une cachexie générale, l'hydropisie, et enfin ces hémorrhagies passives qui précèdent la mort de quelques pas.

Hors donc un très-petit nombre de cas, je dis que la présence des hémorrhoïdes tient à une cause pléthorique. Ce qui provoque cet état, ce sont, comme l'indique *Hoffmann*, la mollesse et l'oisiveté; ce sont les appetits déréglés de ces palais qui savourent les mets exquis, les alimens de haut goût, ou les fumées irritantes des vins vieillis pour ces abus. Cette vie fatigante, ces excès permanens, appellent encore d'autres excès. Les repas se prolongent; on fuit le travail et l'exercice salutaires du corps; le repos et le sommeil se perdent; les sucs s'épaississent; les humeurs se vicient. Ainsi sont provoquées ces maladies variées qui nous assiégent, nous tuent avant le temps, et nous laissons à ceux qui nous suivent le triste héritage des maux que nos désordres ont amenés.

On ne doit point oublier dans le traitement des hémorrhoïdes qu'elles ne sont que la manifestation d'une cause, que le moyen quelconque qui les retranche n'agit que sur l'effet, qu'il ne faut pas compter sur les sangsues ou les saignées, et que le seul remède d'une efficacité durable consiste dans un régime sévère, un exercice modéré, la tempérance, les distractions journalières, les bains d'air pur et la continuité de ces moyens convertis en habitude.

Ce régime réussira d'autant mieux qu'il sera employé de bonne heure. Toutefois si l'apparition des tumeurs hémorrhoïdales était douloureuse, si le retour de la fluxion était fréquent, et chaque fois plus intense, je crois que, sans attendre davantage, on pourrait avec plus de succès pratiquer actuellement l'excision des tumeurs.

Je tiens de l'obligeance de mon ami, M. le docteur *Dubled*, un fait qui vient étayer ma proposition. Ce chirurgien pratiqua sur un jeune homme vigoureux, né de parens hémorrhoïdaires, l'excision d'une tumeur vasculaire rectale, laquelle, établie depuis peu, occasionnait des douleurs cruelles. Cette opération fut sans le moindre accident immédiat, et l'individu, soumis au régime indiqué, n'a éprouvé depuis cinq ans ni récidive, ni autre affection consécutive.

Mais il s'en faut de beaucoup que les praticiens aient à traiter des hémorrhoïdes dans cet état de simplicité. Si le chirurgien est appelé, ce n'est presque toujours qu'après des accidens nombreux, lors d'un développement considérable des tumeurs qui empêche la défécation, ou bien après leur étranglement, ou encore après l'altération, la dégénérescence des hémorrhoïdes, ou enfin à cause d'un écoulement immodéré qui menace la vie; la fluxion et la douleur sont portées au plus haut point; les vaisseaux de ces parties sont grossis et dilatés, et ce n'est jamais qu'au milieu des circonstances les plus défavorables qu'on doit agir; la médecine a le plus souvent épuisé ses ressources, qu'elle a multipliées sans succès; faut-il donc s'étonner alors que l'excision présente des dangers? Ces dangers sont réels, on ne peut le dissimuler; mais ils ne sont pas tels que l'habileté ne puisse en triompher dans tous les cas.

Ce n'est qu'avec une extrême répugnance et en quelque sorte à la dernière extrémité qu'on réclame la cure radicale de cette affection, et c'est aussi, je le répète, une des raisons des difficultés qu'elle rencontre. Quoi qu'il en soit, l'excision des tumeurs est regardée par les sommités chirurgicales comme le meilleur moyen curatif. Si après ce témoignage qui l'élève, l'excision avait encore besoin d'être défendue, l'examen même superficiel des autres méthodes aurait bientôt justifié cette préférence.

On a successivement appliqué au traitement chirurgical des hémorroïdes la ligature, la cautérisation, la rescision et l'excision.

La ligature est très-ancienne. *Hippocrate* (*De ratione victus in acutis*) recommande de lier les hémorrhoïdes avec un fil de laine épais et

solide. Ce moyen, dit-il, offre plus de sécurité. Vous lierez ainsi toutes les tumeurs, à l'exception d'une seule ; vous ne les couperez pas, mais vous hâterez le moment de leur chute par des topiques appropriés.

Paul d'Egine donne le même précepte, avec les mêmes recommandations.

De nos jours, la ligature est pour ainsi dire abandonnée. Quand on pense qu'elle cause des douleurs atroces, qu'elle provoque des spasmes, des convulsions, des vomissemens, des lipothymies, et que les accidens peuvent être portés au point de simuler l'étranglement intestinal interne, on a lieu de s'étonner qu'elle ait été si long-temps en faveur.

La modification que *Celse* indique, d'entamer avec l'ongle ou le scalpel les tumeurs ligaturées, est-elle bien efficace ? et doit-elle inspirer une grande sécurité à ceux qui seraient tenté d'y recourir?... je ne le pense pas.

Les désordres fréquens entraînés par la ligature avaient tout à fait dégoûté *J.-L. Petit* de ce moyen. Il fut appelé une fois pour un cas de ligature pratiquée depuis vingt-quatre heures. Quoique pour remedier aux accidens on eût déjà fait plusieurs saignées, et qu'à son arrivée *Petit* eût immédiatement coupé les ligatures, le malade succomba néanmoins à une inflammation gangréneuse du rectum.

Quant au serre-nœud, qu'on a aussi proposé pour étreindre graduellement les tumeurs, ce moyen, si tant est qu'il soit le moindrement préférable, ne serait pas nouveau, puisqu'on lit dans la Chirurgie de *Dalechamp* : « Aucuns trouvent meilleur le fil qui petit à petit les serre davantage (les tumeurs) jusqu'à ce qu'elles soient tombées. »

La cautérisation peut avoir lieu de plusieurs manières, ou par des agens minéraux, ou par le feu. Sans parler ici des formules variées des anciens, dont le nombre infini accuse assez l'impuissance, je dirai des caustiques d'une énergie incontestable qu'ils ne sont applicables qu'aux hémorrhoïdes externes, et qu'on doit, avec *J.-L. Petit*, les flétrir du nom de *moyen aveugle*. Il agissent en effet trop ou trop peu, mais jamais comme il aurait fallu.

Reste donc la cautérisation au moyen du fer rouge. Celle-ci peut être directe ou objective. *Hippocrate*, dans son traité des hémorrhoïdes, a décrit cette dernière de la manière suivante : Le malade étant couché, il faisait, au moyen du doigt, sortir les tumeurs le plus possible, et il en approchait, à une certaine distance, un fer terminé en forme d'obole et chauffé au rouge : il fallait en tenir sept ou huit prêts à cet usage, afin de pouvoir en changer à mesure qu'ils refroidissaient. Par ce moyen, dit-il, on dessèche les tumeurs sans détruire les parties ni occasionner les vives douleurs de la brûlure. Tout le temps que durait cette opération, on tenait le malade pour enchaîner ses mouvemens, et on le faisait crier dans l'intention de faire saillir les hémorrhoïdes. Les cinq ou six jours suivans, il recommandait d'appliquer des cataplasmes sur les parties, ensuite, à l'aide du doigt indicateur, il introduisait par l'anus un linge fin enduit de miel et recouvert d'éponge. Afin d'assujettir ce pansement, il remplissait de laine l'espace qui existe entre les fesses, et maintenait le tout par un bandage.

Si les tumeurs étaient trop profondes pour qu'elles pussent être attirées au dehors, *Hippocrate*, après s'être assuré de leur siége exact, portait dans le rectum une tige creuse, un roseau dans lequel il promenait un fer chaud, le retirant et l'introduisant tour à tour pour ne point offenser l'intestin. On voit par là que ceux qui ont depuis imaginé les *speculum*, n'ont inventé que le nom, et qu'ils ne sont, si je puis m'exprimer ainsi, que les parrains du roseau d'*Hippocrate*.

La cautérisation seule n'est plus employée contre les hémorrhoïdes ; mais je démontrerai bientôt que, combinée avec l'excision, le cautère actuel est d'un précieux secours.

La rescision est une opération qui consiste à ébarber avec des ciseaux les tumeurs hémorrhoïdales. On l'a, dit-on, pratiquée avec succès; mais il me semble qu'un procédé qui expose aux hémorrhagies, qui laisse subsister les tumeurs, et qui provoque l'inflammation, ne peut justifier la préférence qu'on lui a quelquefois accordée.

L'excision remonte à des temps fort reculés; les Grecs et les Romains la combinaient le plus souvent avec la ligature.

Hæmorrhoïdes lino duplici per ipsarum bases transvehentes contringentesque, post horas duas abscidimus. (Galien.)

Ce moyen est resté pendant bien des siècles en faveur, et n'a subi que de légères modifications.

Dalechamps dit qu'il faut saisir les hémorrhoïdes avec un crochet, inciser la muqueuse circulairement vers la base des tumeurs, les tordre, puis après quelques instans les lier et les retrancher toutes.

Dans *Aëtius*, traduit par *Cornarius*, on trouve le même précepte; et la torsion qu'il recommande, il la fait dans une intention qui n'est pas douteuse, puisqu'il ajoute : « De cette manière on sollicite la chute des vaisseaux, et la partie où ils siégeaient répand moins de sang après l'opération. » Y avait-il bien loin de là à cette découverte moderne, qui n'était point encore publiée, que déjà plusieurs chirurgiens et anatomistes s'en disputaient la gloire?

On lit dans *Léonide* qu'il pratiquait l'excision des tumeurs hémorrhoïdales après les avoir pendant quelque temps serrées avec une pince uvulaire.

Rien n'est plus simple que d'exciser les hémorrhoïdes. Le malade étant couché, les fesses écartées, le chirurgien, si les tumeurs sont externes, les saisit les unes après les autres avec une pince à mors larges, garnis d'aspérités, et les retranche avec des ciseaux courbes. Si les tumeurs sont internes, on engage le malade à faire des efforts comme pour aller à la garderobe ; et les tumeurs sorties, on procède à l'excision de la même manière.

Indiquons quelques préceptes qui se rattachent à ce moyen.

Les hémorrhoïdes externes soulèvent-elles par leur développement la fin de la muqueuse rectale et le commencement de la peau qui lui fait suite, il faut, quand ces parties sont saines, éviter, autant que possible, de les comprendre dans l'excision, et cela de peur de causer un rétrécissement de l'orifice anal.

On a recommandé de ménager aussi la muqueuse qui recouvre les tumeurs internes. Si elles sont pédiculées, ce soin est superflu; si elles

ne le sont pas, il est douteux que la muqueuse amincie puisse être détachée des tumeurs et continue à vivre sans elles, cette membrane serait d'ailleurs inutile, puisqu'elle ne recouvrirait rien.

On sait que les hémorrhoïdes sont sujettes à des fluxions actives qui les gonflent, et les rendent d'autant plus rénitentes et douloureuses que l'afflux y est plus intense. Je crois qu'il ne serait pas sans importance, pour diminuer l'imminence des hémorrhagies à la suite de l'excision, de ne pratiquer cette opération qu'après que le mouvement fluxionnaire aurait cessé.

Dans la persuasion de l'inocuité des tubercules hémorrhoïdaux, il ne faudra pas négliger de les enlever. L'expérience prouve qu'après l'excision des tumeurs volumineuses ces petits tubercules, qui paraissaient inerts, prennent souvent un accroissement considérable.

Je crois aussi, suivant le précepte d'*Aëtius*, qu'il ne serait pas sans utilité de tordre légèrement les tumeurs avant de les exciser. On détruirait par là le parallélisme entre la section des parties et l'ouverture des vaisseaux.

Il y a des hémorrhoïdes internes qui versent par l'anus une sanie séro-purulente ou sanguinolente. Un boursoufflement inflammatoire, une rectite chronique, peuvent fournir une exhalation semblable. Il faudra distinguer ces cas avec soin, appliquer l'excision au premier, et au second les moyens antiphlogistiques.

Les hémorrhoïdes peuvent déterminer la chute du rectum, affection qui, comme l'a signalé *Chaussier*, dépend quelquefois de l'invagination d'une portion de l'intestin. Cette particularité mériterait de fixer l'attention du chirurgien, surtout s'il se décidait à l'excision. On a vu souvent le retranchement d'un bourrelet hémorrhoïdal guérir cette double affection.

Quand les hémorrhoïdes fournissent habituellement beaucoup de sang, et que cet écoulement n'est pas passif, si on les excise, outre le recours à un régime débilitant et sévère, afin de prévenir les dangers immédiats d'une fluxion active qui n'a plus de centre, on peut prescrire la saignée au bras, ou l'application de sangsues aux lombes;

mais il faut être sobre de ces évacuations et en reculer à dessein l'emploi, de peur de remplacer une fluxion anale par le besoin de saignées habituelles.

Il y a encore des tumeurs qui ont été purement hémorrhoïdales dans le principe, et qui peuvent se lier, se combiner ensuite avec un état vénérien : dans ces cas, il faut faire précéder l'excision par un traitement antisyphilitique.

Ce qui rend l'excision redoutable, ce sont les hémorrhagies qui menacent immédiatement, et les rétrécissemens qui viennent quelquefois à la suite.

Outre les caractères communs à toutes les hémorrhagies qui ont lieu dans une cavité muqueuse et qui appartiennent aussi à l'hématurie et à l'hématémèse, l'hémorrhagie rectale présente des signes particuliers qui la distinguent de toutes les autres. Ce n'est ordinairement que quatre ou cinq heures après l'excision que ces signes apparaissent. Le malade, inquiet, s'agite dans son lit ; il se plaint, quelquefois il éprouve un sentiment de chaleur qui parcourt l'intestin en remontant ; ou bien il ressent des coliques, et toujours un sentiment douloureux particulier, une sorte de ténesme. Le ventre acquiert de la sensibilité, surtout vers le flanc et la fosse iliaque gauches. La respiration est pénible, entrecoupée ; le pouls, d'abord intermittent, irrégulier, devient petit et fréquent. La peau se décolore ; le visage se couvre d'une sueur froide. A l'inquiétude que le malade témoigne succède bientôt le désespoir, et il l'exprime par des discours sinistres. Le plus souvent se joignent à l'anxiété des rapports, des envies de vomir ou des vomissemens, des contractions convulsives des membres et des vertiges. L'intestin vient-il à se débarrasser du sang épanché dans sa cavité (et la quantité en peut être très-considérable), un soulagement immédiat se manifeste, et amène la fin des accidens. Il ne reste plus alors qu'une fatigue extrême. Il faut se hâter de profiter de ce moment de rémission pour arrêter efficacement le sang, autrement les mêmes symptômes se reproduisent bientôt, mais avec une énergie plus effrayante. Rien alors n'est comparable aux angoisses, à la démoralisation des malades :

leurs traits se décomposent; la mort, ce mot désespéré, est le seul qu'ils prononcent, et ils semblent bien plus l'invoquer qu'appeler contre elle des secours. Il faut, dans ces circonstances, beaucoup de fermeté pour en imposer au malade, aux assistans effrayés, et beaucoup de sang-froid pour arrêter sans retour des accidens qui amèneraient promptement une catastrophe.

Je tiens ces intéressans détails de mon excellent ami, M. le docteur *Caillard*, qui, souvent témoin d'hémorrhagies rectales, les a vues en observateur consciencieux, et s'en est dans tous les cas rendu maître.

Deux moyens hémostatiques se présentent: ce sont la compression et le cautère actuel.

J.-L. Petit a beaucoup fait pour la compression en imaginant son double tampon. Avait-il à exciser des hémorrhoïdes internes, il provoquait la sortie des tumeurs; puis il introduisait par l'anus son premier tampon; il retranchait les hémorrhoïdes, et plaçait alors son second tampon; fixait, comme on sait, l'un par l'autre, et assujettissait le tout par un bandage. Ce célèbre chirurgien était après cela si rassuré contre la crainte d'une hémorrhagie, qu'à l'aide de cette précaution il ne redoutait pas d'être demandé pour cet accident consécutif.

Desault et M. le professeur *Boyer* ont depuis perfectionné ce moyen en le simplifiant. Un des inconvéniens de l'une et l'autre méthode, c'est que, l'orifice anal étant bouché, si la compression n'est pas exacte, le sang peut continuer à couler dans le rectum. Un autre inconvénient encore, c'est qu'il faut retirer ces appareils compressifs pour que le malade puisse aller à la selle.

Je pense qu'on pourrait faire quelque chose d'utile en modifiant la compression de la manière que je vais dire.

Soit une canule en gomme élastique longue de quatre à cinq pouces, dont le cylindre interne égale le diamètre d'une grosse plume à écrire. Cette canule librement ouverte en haut, s'ouvrant ou se bouchant en bas à volonté, présenterait à six lignes au-dessous de l'orifice supérieur une

rainure circulaire étroite et assez profonde pour permettre, au moyen d'un fil, de fixer solidement une chemise en toile qui serait ensuite renversée sur elle-même. L'instrument ainsi disposé serait placé dans le rectum au-dessus de la plaie causée par l'excision. La chemise serait enfin remplie de charpie ou d'agaric, de manière à exercer une compression convenable, et le tout serait fixé par un bandage en T.

On voit que je ne fais qu'appliquer au rectum un moyen employé par M. *Dupuytren* avec beaucoup de succès contre les hémorrhagies de la vessie.

Par la canule ouverte, ou s'assurerait facilement que le sang ne s'écoule plus dans l'intestin ; on pourrait administrer des lavemens froids ou légèrement astringens, et si le malade éprouvait le besoin d'aller à la selle, les excrémens, délayés à l'aide d'un lavement émollient, seraient rendus par la canule, dont on pourrait même augmenter le diamètre.

De quelque procédé qu'on se serve pour opérer le tamponnement, il est à craindre qu'il manque son but, parce que la compression s'exerce sur des parties qui cèdent facilement, et cette propriété n'a pour ainsi dire pas de bornes, puisqu'on a retiré jusqu'à huit livres de fèces accumulées dans le rectum.

M. le professeur *Dupuytren*, auquel une grande expérience a appris la valeur de tous les moyens, et qu'une sagacité rare guide dans le choix qu'il en faut faire, donne dans tous les cas la préférence au cautère actuel.

Le volume des tumeurs n'apprend rien sur l'imminence de l'hémorrhagie après l'excision : aussi faut-il être dans tous les cas sur ses gardes. Le chirurgien ne doit pas non plus tirer sa sécurité du peu d'écoulement de sang qui suit cette opération : on sait qu'il se manifeste alors un resserrement spasmodique, et que ce n'est que plusieurs heures après que l'hémorrhagie se déclare. On ne saurait donc trop répéter qu'elle peut devenir promptement mortelle, et que la vie du malade dépendra de la promptitude et de l'efficacité des secours. Le chirurgien

doit être là, ou bien il faut dans celui qui le remplace une vigilante expérience et beaucoup de sang-froid. On cite en effet des cas malheureux où l'incurie et l'ignorance de l'aide ont été funestes aux mamalades, et préjudiciables à la réputation du maître.

Quand le sang vient à la suite de l'excision des tumeurs externes, la source en est facilement découverte et l'application du fer chauffé à blanc l'a bientôt tarie.

Si l'hémorrhagie au contraire provient de l'excision d'hémorrhoïdes internes, il est bien plus difficile d'agir sur les vaisseaux ouverts ; on y parvient cependant à l'aide d'un *speculum* largement fenêtré qu'on introduit dans le rectum et auquel on fait exécuter des mouvemens de rotation, ayant soin avec un cautère de toucher les points par lesquels on voit que l'écoulement a lieu.

Lorsque les tumeurs sont situées à une certaine profondeur, M. *Dupuytren* cautérise immédiatement après l'excision, dans le dessein de prévenir une hémorrhagie, dont il serait peut-être difficile de se rendre maître.

Un inconvénient consécutif de l'excision, c'est le rétrécissement possible de l'anus. *J.-L. Petit* rapporte un exemple où ce rétrécissement était tel, qu'il ne permettait qu'avec peine l'introduction d'un canon de seringue. M. *Boyer*, pour remédier à un cas de ce genre, a été obligé de débrider l'anus à droite et à gauche.

C'était sans doute pour éviter ce rétrécissement, qu'*Aétius* recommandait de placer dans les plaies du rectum de l'éponge préparée à la ficelle.

De nos jours, on prévient cet accident en introduisant dans l'intestin des mèches assez volumineuses, et les renouvelant jusqu'à parfaite guérison.

Il y a des praticiens qui ne veulent pas que l'on place une mèche immédiatement après l'excision : il semble cependant qu'il est préférable d'accoutumer de suite le rectum à cette sorte de compression, avant que l'inflammation n'en puisse rendre l'emploi plus douloureux.

Cela conviendrait mieux que de détruire avec le doigt (comme on l'a dit encore) les brides qui pourraient se former.

Ces préceptes acquiéreront une nouvelle autorité si je puis citer quelques exemples de leur heureuse application. M. *Dupuytren*, dans son inépuisable bienveillance, ayant daigné me permettre d'extraire de sa pratique particulière quelques observations, elles parleront bien plus haut que ma faible voix ne pourrait faire.

Facta potentiora verbis.

Ire. OBSERVATION.

M. *Exans*, écossais, officier de cavalerie au service de sa Majesté Britannique, célibataire, âgé de quarante ans, d'un tempérament sanguin, souffrait particulièrement depuis trois ans de tumeurs hémorrhoïdales internes qui sortaient au moindre effort pour aller à la garde-robe. Comme les fatigues de sa profession augmentaient considérablement son incommodité, il se décida à venir à Paris réclamer de M. *Dupuytren* le remède à des maux devenus insupportables.

Il entra donc dans la maison de santé de M. *Cartier*, faubourg Poissonnière, où il fut opéré.

M. *Dupuytren*, après avoir recommandé au malade de faire des efforts comme pour aller à la selle, le fit coucher sur le côté. La fesse supérieure étant soulevée par un aide, l'opérateur saisit au moyen d'une pince à mors larges et dentelés chaque tumeur, et de la main droite, armée de ciseaux courbes bien tranchans, il en opère successivement l'excision. Ces tumeurs, au nombre de trois, peu volumineuses, ne donnèrent lieu qu'à un faible écoulement de sang. M. *Dupuytren* pensa que la cautérisation n'était point indispensable. Un aide fut chargé de rester auprès de l'opéré, qui se trouvait dans un calme parfait. Cinq heures s'étaient écoulées depuis l'excision, lorsque tous les symptômes qui accompagnent l'hémorrhagie du rectum se manifestèrent : anxiété, frissons, envie de vomir, sueur froide, ralentissement du pouls, contraction convulsive des membres, angoisses

inexprimables, vertiges, etc. Le ténesme augmentant, le malade se présenta à la garde-robe, et l'expulsion d'une grande quantité de sang en partie coagulé produisit un soulagement marqué. Seulement l'opéré, affaibli, conservait cet abattement suite ordinaire de toute hémorrhagie. Un lavement froid fut administré, ainsi que M. *Dupuytren* l'ordonne en pareil cas; il fut rendu aussitôt, et remplacé par un autre, qui fut gardé quelque temps. Cependant au bout d'une heure les accidens reparurent avec plus d'intensité encore que la première fois; ils amenèrent une démoralisation complète du malade, qui demandait un notaire et s'empressait de faire ses dispositions dernières, résolu qu'il était d'attendre une mort qu'il croyait dans tous les cas inévitable, plutôt que de se prêter à une cautérisation dont il voyait les apprêts. Le salut de l'opéré commandait qu'on résistât à ses instantes prières; l'aide prit donc la noble responsabilité des violences qu'il fallait exercer pour le sauver malgré lui. Quatre personnes s'occupèrent du soin de le contenir efficacement, et l'on peut bien imaginer alors que ce n'était point chose aisée que d'opérer une cautérisation dans le rectum d'un individu aussi rebelle. Cependant à l'aide d'un *speculum* fenêtré introduit par l'anus et tourné sur tous les points de la circonférence de l'intestin, on put voir les endroits qui fournissaient le sang, et en arrêter l'écoulement par l'application d'un cautère recourbé à son extrémité, terminé en forme de haricot et chauffé à blanc. Le sang discontinua de couler, les symptômes alarmans se dissipèrent; l'inflammation qui résulte de la cautérisation et la dysurie qui l'accompagne ordinairement cédèrent bientôt à l'emploi des cataplasmes, des lavemens et des bains de siége. Une mèche fut maintenue dans le rectum jusqu'au 26 juillet 1824, époque à laquelle la guérison était parfaite.

II^e^. OBSERVATION.

M. Joseph Curseh, âgé de quarante-huit ans, Polonais d'origine, chantre à Amsterdam, éprouvait depuis plusieurs années de grandes difficultés pour rendre les fèces. Ces difficultés étaient causées par la

présence d'hémorrhoïdes internes, dont l'ensemble représentait le volume d'un œuf de poule. Lors de la défécation elles sortaient, mais elles éprouvaient bientôt un étranglement très-douloureux, et ne pouvaient être réduites qu'avec une grande peine.

Ces tumeurs n'étaient point accompagnées d'un flux habituel ni périodique; seulement lorsque le malade éprouvait de la constipation, les excrémens durcis occasionnaient par leur pression une érosion qui donnait lieu à un léger écoulement de sang.

Forcé par son état à une station prolongée et à des efforts de voix qui augmentaient son infirmité et ses souffrances, il se décida à faire le voyage de Paris, dans l'espoir d'y trouver des moyens de guérison.

M. *Dupuytren*, auquel il s'adressa, le fit entrer dans la maison de santé du faubourg Poissonnière, et deux jours après, le 27 octobre 1824, il y fut opéré. Le malade couché dans une position convenable, les tumeurs, au nombre de trois, amenées au dehors, furent successivement excisées.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que malgré le volume considérable des tumeurs, l'excision ne donna lieu qu'à un écoulement de sang minime; c'est qu'on n'eut pas besoin de recourir à la cautérisation, et qu'enfin le 19 novembre, et par conséquent en moins de trois semaines, il sortit parfaitement guéri.

On eut occasion de revoir ce malade un an après, et rien n'avait démenti ce succès, obtenu avec une promptitude vraiment étonnante.

III^e^. OBSERVATION.

M. *Williams*, docteur en médecine, affecté d'hémorrhoïdes internes très-volumineuses, qui sortaient avec facilité, fut opéré par M. *Dupuytren* le 13 octobre 1828. Les tumeurs, au nombre de trois, furent excisées, comme le sang s'écoulait par jets en grande abondance, le chirurgien appliqua immédiatement sur les plaies un cautère olivaire chauffé à blanc. La douleur fut excessive, mais l'hémorrhagie fut arrêtée. Le malade à la suite de cette opération éprouva des symptômes ner-

veux assez violens. L'évacuation d'une poelette et demie de sang qui s'était épanché peu à peu dans le rectum, amena un soulagement marqué. Huit heures après l'opération, nouvelle évacuation sanguine beaucoup plus abondante que la première, et accompagnée des symptômes alarmans qui sont le triste cortège des hémorrhagies dans le rectum : anxiété, sueurs froides, nausées, vertiges, pouls presque insensible, etc.

Lavemens froids suivis de soulagement. Une heure après, nouvelle selle sanguine plus abondante encore, avec nouveau développement des symptômes et des accidens énumérés. On se disposait à l'emploi d'une cautérisation énergique, lorsque les coliques diminuèrent, l'état du malade s'améliora d'une manière assez sensible pour faire différer encore des apprêts qui furent heureusement inutiles.

Le malade reçut tous les soins que réclamaient les circonstances, et fut conduit sans autre accident à une prompte guérison.

IV^e^. OBSERVATION.

Miss C***, anglaise, d'une famille de grande distinction, d'un tempérament nerveux, âgée de dix-neuf ans, vit ses règles paraître pour la première fois peu de temps auparavant. Elle ressentit dès-lors de la gêne et de la pesanteur vers l'anus. Bientôt des douleurs se joignirent à la tuméfaction, des hémorrhoïdes fluentes s'établirent, et leur coïncidence avec la menstruation suppléa à cette importante fonction en la pervertissant. Cependant les tumeurs devenant de plus en plus douloureuses, déterminèrent les parens de la jeune personne à réclamer l'active intervention de M. *Dupuytren*.

Toutes les précautions d'usage étant prises, on retrancha de la manière que j'ai déjà indiquée trois hémorrhoïdes grosses comme de petites avelines. Ces tumeurs internes siégeant immédiatement au-dessus du sphincter, étaient par conséquent assez accessibles. Peu developpées d'ailleurs, elles n'avaient pas fourni beaucoup de sang au moment de l'opération, M. *Dupuytren* jugea qu'on pouvait se dispenser

de cautériser immédiatement, surtout chez une personne d'une grande susceptibilité nerveuse. Un aide fut proposé à la garde de l'opérée. L'excision avait eu lieu à cinq heures du soir, et ce ne fut que vers une heure du matin que l'hémorrhagie avec ses symptômes alarmans se manifesta. La malade rendit par l'anus un caillot moulé d'un voulume assez considérable et de forme allongée. On se disposait à recourir à la cautérisation, mais les accidens cessèrent, ainsi que l'hémorrhagie. L'opérée s'avança dès-lors vers une guérison rapide, dont le succès fut garanti par l'usage de tous les moyens déjà recommandés.

Le rétablissement fut prompt; la fonction utérine s'accomplit par la suite avec plus de régularité, et la santé générale s'améliora.

V^e^. OBSERVATION.

Madame ***, rue Papillon n° 9, âgée de quarante ans à peu près, d'une constitution sanguine, ayant eu plusieurs enfans, portait au pourtour de l'anus depuis nombre d'années des hémorrhoïdes externes. Comme ces tumeurs faisaient éprouver à cette dame des douleurs extrêmes, elle se décida à les faire extirper. Elle alla donc voir M. *Marjolin*, qui l'adressa à M. *Dupuytren*. La malade préparée, les tumeurs saisies et excisées, les plaies qui en résultèrent furent immédiatement touchées avec un fer chauffé à blanc. L'opérée guérit parfaitement, et n'éprouva d'autre accident qu'une dysurie qui persista quelques jours, et qui céda enfin à l'usage des demi-bains émolliens et à l'apposition sur l'anus de compresses trempées dans la décoction de racine de guimauve.

VI^e^. OBSERVATION.

M. *** demeurant actuellement rue de Seine, d'un tempérament nervoso-sanguin, âgé de vingt-quatre ans, né d'un père hémorrhoïdaire au dernier point, portait depuis plusieurs années des tumeurs vasculaires rectales internes très-volumineuses. Épuisé par des pertes

continuelles et par des douleurs inouïes lorsqu'il voulait aller à la garde-robe, il entreprit un assez long voyage pour venir réclamer les soins éclairés de M. *Dupuytren.*

La muqueuse qui recouvrait les hémorrhoïdes était amincie, ulcérée en plusieurs endroits, et dessinait les tumeurs, qui apparaissaient d'une couleur rouge noirâtre : elles étaient rénitentes et très-douloureuses, comme bosselées et réunies en une sorte de bourrelet circulaire, qui sortait au moindre effort.

Le malade couché, les tumeurs devenues saillantes, M. *Dupuytren* les saisit avec une pince nummulaire à engrenures, et en pratiqua l'excision au moyen de ciseaux courbes. Il s'écoula aussitôt une grande quantité de sang, qui était lancé par jets à une grande distance. L'opérateur, pour éloigner un danger trop évident, fit écarter les fesses du malade, et sans plus tarder, au moyen d'un cautère en roseau chauffé à blanc, il agit sur la plaie circulairement étendue : l'hémorrhagie cessa aussitôt pour ne plus reparaître.

Les accidens résultat d'une cautérisation étendue se déclarèrent avec intensité. La difficulté d'aller à la selle et d'uriner furent extrêmes, et ne cédèrent que par l'usage continu des émolliens, des lavemens et des demi-bains de guimauve. Le malade se rétablit peu à peu, gardant dans le rectum une forte mèche, qu'il conserva jusqu'à parfaite guérison. Il put bientôt retourner dans son pays, l'objet de son voyage étant complètement rempli.

VII^e^. OBSERVATION.

M. Delatour, sergent-major des sapeurs-pompiers, rue de la Paix, d'un tempérament sanguin, portait depuis long-temps à la marge de l'anus des hémorrhoïdes externes, lesquelles avaient dégénéré, le malade ayant eu plusieurs affections vénériennes, ce qui donnait à ces tumeurs un aspect insolite, un air de végétation. Néanmoins elles rendaient une assez grande quantité de sang lors de la défécation.

M. *Dupuytren*, frappé de cet aspect, devina la complication vénérienne, qui fut confirmée par les réponses du malade. Alors il ordonna un régime antisyphilitique, qui fut suivi avec exactitude pendant deux mois. Au bout de ce temps, le caractère des tumeurs s'étant amélioré, M. *Dupuytren* jugea qu'il avait détruit le vice vénérien, et procéda avec sécurité à l'excision. L'écoulement du sang fut peu considérable : la cautérisation immédiate ne fut pas jugée nécessaire, seulement un aide se tint prêt à tout événement ; mais rien ne vint entraver une guérison qui marcha avec rapidité, et qui rendit bientôt à ses fonctions ce militaire parfaitement rétabli.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbi summa est vehementia, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est.

II.

Senes facillimè jejunium tolerant, secundùm eos qui constantem ætatem degunt, minimùm adolescentes, ex omnibus præcipuè pueri, atque inter ipsos qui ad actiones obeundos promptiores existunt.

III.

Ubi delirium somnus levaverit, bonum.

IV.

Somnus, vigilia utraque modum excedentia, malum denuntiant.

V.

Potu quàm cibo refici proclivius est.

VI.

Rerum et vesicæ vitia in senibus ægrè curantur.

ESSAI

N° 199.

SUR L'ODONTALGIE,

PAR CARIE DES DENTS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 décembre 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-B.-L. CAREAU, d'Étampes.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur*.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur*.
Hygiène	ANDRAL, *Président*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologi emédicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur*.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX, *Suppléant*.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque, *Examinateur*.	Devergie.
Bayle.	Dubled, *Suppléant*.
Berard.	Dubois.
Blandin.	Gerdy.
Bouillaud.	Gibert.
Bouvier.	Hatin.
Briquet	Lisfranc.
Brongniart.	Martin Solon.
Cloquet.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dalmas.	Sandras.
Dance.	Trousseau, *Examinateur*.
	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arr que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR

HONORÉ,

Docteur en médecine ; Médecin en chef de l'hôpital Necker ; Membre associé de l'Académie Royale de médecine, etc., etc.

Témoignage de reconnaissance.

J.-B.-L. CAREAU.

ESSAI

SUR L'ODONTALGIE,

PAR CARIE DES DENTS.

Si la carie des dents et les douleurs qui le plus ordinairement en sont la suite étaient toujours des causes suffisantes de l'ablation de ces organes, les questions que le dentiste doit approfondir se réduiraient à un bien petit nombre. Les connaissances médicales et chirurgicales deviendraient du luxe pour lui, et son art se bornerait à la solution d'une proposition de mécanique appliquée à une partie du corps humain.

Bien loin de là, l'extraction, nécessaire dans certains cas, peut-être quelquefois dangereuse et souvent inutile. Pour bien juger les motifs suivant lesquels l'indication doit changer, il faut se rappeler que la douleur de dents ne diffère que par son intensité; aucune autre modification dans sa manière d'être n'indique quelle peut en être la cause déterminante. L'appréciation et la recherche de ces causes est le premier devoir du médecin; l'examen de quelques-unes d'entre elles fera le sujet de cette dissertation.

Définition de l'odontalgie.

On ne doit pas entendre par l'expression d'*odontalgie* seulement les douleurs dont les dents peuvent être le siége, mais celles encore que ces os, ou les parties qui entrent dans leur composition, peuvent déterminer, soit au moment de la première dentition, soit après leur entière éruption. Les vaisseaux et les nerfs qui pénètrent les dents, les membranes qui les fixent dans les alvéoles, le tissu qui forme les gencives et les glandes qui y sont renfermées, toutes ces parties peuvent être lésées, et de leur lésion naissent des douleurs plus ou moins vives, mais qui, pour la plupart, sont intolérables. De sorte qu'en définissant l'odontalgie, une douleur produite par un état pathologique des dents ou de leurs dépendances, on est conduit à établir une division méthodique entre des maladies diverses qui semblent, au premier coup-d'œil, se confondre par le peu d'étendue de l'espace où elles se font ressentir, par leurs différentes combinaisons entre elles, et surtout par l'analogie des sensations douloureuses qu'elles produisent. En les isolant ainsi pour les étudier, on met en évidence les caractères qui les distinguent, et le mode de traitement à l'aide duquel on doit les combattre.

Toutes les douleurs dentaires peuvent se renfermer dans trois divisions principales, savoir :

Odontalgie par odontiase ou *par première dentition.*

Au moins aussi douloureuse que les autres espèces, accompagnée d'une constipation opiniâtre ou de diarrhée, quelquefois d'ophthalmie, d'aphtes ou de convulsions, elle se termine d'une manière funeste pour beaucoup d'enfans.

Odontalgie par maladie des organes qui ont des connexions avec les dents.

A cette classe appartiennent toutes les altérations morbifiques qui attaquent les gencives, les alvéoles, la membrane alvéolaire, les vaisseaux et les nerfs dentaires.

Odontalgie par maladie de la dent.

Ces maladies sont, la fêlure, la fracture et la carie. Les deux premières sont toujours le produit d'une violence extérieure dont l'effet est instantané. Relativement à la dernière, ses causes sont externes ou internes, et n'agissent qu'avec lenteur.

C'est de celle-ci que je vais m'occuper spécialement. Après avoir fait l'histoire abrégée de cette maladie, je reviendrai à la douleur, qui en est le symptôme le plus saillant.

De la carie des dents. La carie est regardée comme une sorte de gangrène, une mortification semblable à celle des parties molles, véritable mouvement de décomposition, que *Galien* comparait à l'ulcère, et que l'on doit considérer comme le résultat d'un état inflammatoire particulier. Elle attaque d'autant plus rarement les os que leur tissu est plus compacte et pénétré de plus de phosphate calcaire. L'expérience et le raisonnement confirment ce principe pour le système osseux en général, et l'observation prouve qu'il est inapplicable aux dents, que leur structure intime et l'émail qui les revêt sembleraient devoir mettre hors de toute atteinte. Cependant on pourra s'expliquer cette apparente anomalie, en remarquant que les dents, exposées à l'action de tous les agens extérieurs, reçoivent des vaisseaux et des nerfs considérables proportionnellement à leur volume. Les mêmes parties sont relativement dans de moindres proportions, et moins nombreuses pour les os que des masses de parties molles protégent, et dont l'organisation, moins serrée et plus lamelleuse,

permet à l'inflammation une résolution plus facile. C'est à cette différence de structure, et surtout à la présence du périoste qui enveloppe les os, que l'on attribue justement la formation du cal après une fracture ; au lieu que, placées dans des conditions toutes différentes, les dents ne présentent que rarement une sorte de réunion, encore contestées dans les cas de fêlure ; et jamais si une fracture transversale a eu lieu même vers un point très-rapproché des racines.

La carie peut attaquer les dents peu de temps après qu'elles ont percé les gencives, quelquefois même lorsqu'elles sont encore contenues dans les alvéoles. Toutefois cette sorte d'altération, pour ce dernier cas, ne se rencontre guère que sur les dernières molaires, dites *dents de sagesse.*

De sorte que la maladie la plus fréquente, celle qui cause les douleurs les plus vives, attaque l'homme dès le berceau, et le poursuit adolescent comme adulte. Cependant vient une époque où cette cause de destruction semble perdre de son activité. Vers l'âge de cinquante à soixante ans, au moment où la vieillesse commence, on ne voit plus le tissu des dents éprouver de dégénérescence ; la mortification qui a frappé quelques points semble s'arrêter. Dès ce moment le vieillard n'a plus à redouter que les douleurs produites par l'ébranlement de ces os, que les mâchoires cherchent à expulser par un mécanisme à peu près semblable à celui qui en avait autrefois opéré l'éruption. Alors, comme à la suite du ptyalisme, après l'emploi des préparations mercurielles, ou de l'inflammation atonique et scorbutique des gencives, chaque dent vacillante, détermine autour d'elle une phlogose qui s'étend de proche en proche à l'intérieur et à l'extérieur. On voit le tartre qui se forme, s'amassant de plus en plus autour de la couronne des dents, pénétrant même entre les racines et la membrane qui les unit à l'alvéole, donner une nouvelle activité à l'irritation qui existe déjà. Il suffit des efforts les plus légers sur les alimens introduits dans la bouche pour exciter des sensations très-aiguës et faire recourir à une opération réclamée tardivement.

Division de la carie. De toutes les anciennes divisions de la carie, la plus connue et la plus vague est celle qui établit deux variétés, sous les noms de *carie sèche* ou *vermoulue*, et de *carie humide* ou *pourrissante*. Dans ces derniers temps, M. *Duval*, connu par ses travaux et ses recherches sur la chirurgie dentaire, en a établi sept espèces différentes, suivant la couleur que la carie affecte, le lieu qu'elle occupe, ou la manière dont elle modifie ou dirige son action.

En voici le tableau, avec quelques-uns des principaux caractères assignés à chacune d'elle par l'auteur :

1°. *Carie calcaire.* Émail déprimé près de la gencive, d'un blanc mat dans cette partie, friable et sensible par le contact.

2°. *Carie écorçante.* Tache jaune à la couronne, avec ramolissemont des parties subjacentes; sensibilité obtuse.

3°. *Carie perforante.* Cavité à parois jaunâtres ou noires, faisant suite à la destruction de l'émail; sensibilité plus marquée.

4°. *Carie chartonnée.* Noire, friable, marchant de l'intérieur à l'extérieur; insensibilité

5°. *Carie stationnire.* Ne différant de la précédente que par la dureté de ses parois.

6°. *Carie curée.* Elle n'affecte que la couronne des dents molaires; son aspect est jaunâtre; l'émail est détruit, et l'os a conservé sa dureté naturelle.

7°. *Carie diruptive.* Elle est jaunâtre, et naît à la racine de la dent près de la couronne; elle produit le ramollissement de la substance osseuse, qui, pour la moindre cause, fait ressentir une douleur très-vive.

J'ai cru devoir présenter ce résumé pour me donner plus de facilité et me faire mieux comprendre lorsque je parlerai du siége, de la marche de la carie, comme cause d'odontalgie, et des divers modes de traitement qui lui sont applicables.

Causes de la carie. Pourquoi les dents se gâtent-elles? Telle est la question que l'on fait souvent au dentiste, et qui souvent l'embar-

rasse, soit par la raison que beaucoup de ces causes sont peu connues, soit parce qu'il ne serait pas toujours facile de se faire comprendre de tous les questionneurs. Toutefois on doit reconnaître des *causes externes* et des *causes internes*. Parmi les premières se rangent les coups et les chutes sur quelque partie de la bouche, le refroidissement subit des pieds quand le corps est échauffé, les applications de substances acides sur les dents, comme alimens ou comme dentifrices; l'usage de boissons fermentées de mauvaise qualité, ou dont la température s'approche des extrêmes de l'échelle thermométrique; le contact immédiat de l'air froid chez les personnes qui dorment habituellement la bouche ouverte, etc., etc., etc.

Les causes internes sont beaucoup plus nombreuses, et n'agissent pas d'une manière tellement positive et constante qu'il soit facile de les indiquer toutes et de défendre son opinion.

Les scrophules, la syphilis, les rhumatismes, plutôt chroniques qu'aigus; le rachitis, les affections gastriques ou varioleuses, ont l'influence la plus marquée sur la durée des dents. Les dangers s'accroissent encore des dispositions particulières à chaque individu, et dont l'action est évidente, quoique insaisissable dans la plupart des circonstances. Viennent encore, comme agissant pour augmenter ou diminuer la force de résistance des organes dentaires, la santé robuste ou les maladies de l'enfance pendant l'ossification des dents de remplacement, les tempéramens divers et les habitudes qui modifient ces tempéramens; les obstacles qui tendent à gêner la circulation inférieure et à refouler le sang vers les extrémités supérieures, comme dans la grossesse.

J'ajouterai encore à cette série de causes les prédispositions héréditaires à telle ou telle lésion organique, et principalement à la phthisie pulmonaire. On voit fréquemment les personnes qui sont dans ce dernier cas, surtout celles du sexe féminin, avoir des dents éblouissantes de blancheur, rangées le plus souvent avec régularité, parce que les os maxillaires ont facilement cédé à la cause mécanique qui les sollicitait ;

mais cet état n'est que passager, bientôt la carie étend ses ravages, et ne laisse plus que des ruines sur son passage.

Du siége de la carie. La carie peut se montrer sur toutes les dents et sur tous les points de leur couronne; rarement c'est la racine qu'elle détruit. Tantôt elle est isolée et comme errante, tantôt elle se montre sur les deux mâchoires simultanément, ou sans cause appréciable, en atteint une seule, tandis que l'autre est respectée.

Sous le rapport de la fréquence et de la place où on l'observe, chacune des espèces de carie précédemment indiquées a, pour ainsi dire, ses préférences; aussi, pour s'en faire une idée exacte, est-il nécessaire d'observer, et l'homme aux diverses époques de la vie, et les dents suivant le rang qu'elles occupent.

Pour l'intelligence de ce qui va suivre et éviter l'obscurité qui naît toujours de la multiplicité des distinctions, je crois devoir prévenir que toutes les fois que je parlerai des dents incisives, on ne devra entendre que celles de la mâchoire supérieure, les inférieures présentant des phénomènes exceptionnels qui me forcent d'en traiter en particulier; lorsque, au contraire, je citerai les molaires sans désignation de position, j'aurai en vue celles qui appartiennent indistinctement aux deux arcades dentaires.

Dans l'enfance, les incisives et les canines de première dentition se détruisent plus fréquemment par usure que par carie. Le contraire a lieu pour les molaires, au sommet desquelles la mortification commence d'ordinaire.

L'adolescence est le moment de la vie où les dents résistent avec le plus de succès à toutes les causes de destruction : à cette époque la carie ne sévit avec un peu d'énergie que chez les individus d'une constitution molle et lymphatique. Durant cette période les molaires s'altèrent plus souvent que les canines et les incisives : avec les années les chances deviennent insensiblement égales, et au temps de la vieillesse il n'est pas rare de ne plus rencontrer de dents antérieures, tandis que les côtés de la mâchoire supportent encore quelques-uns de ces

os, restes épars plus à charge qu'utiles par leur mobilité et par le manque de dents de rencontre.

A l'exception de la carie diruptive, qui est une affection de l'âge mûr et qui n'attaque jamais que la face antérieure des incisives et des canines, et la face externe des grosses dents, à l'exception encore de la carie curée, que l'on peut regarder comme les traces d'une maladie ancienne et guérie, les autres variétés se présentent à l'observation dans des proportions à peu près égales. Elles siégent, pour les molaires, sur une de leurs faces, l'interne exceptée; sur les bords, pour les canines et les incisives. Ces dernières étant préservées antérieurement par une couche d'émail fort épaisse, la face exposée aux regards est celle qui résiste le plus; si elle s'altère, c'est alors en un point déprimé, résultat d'un trouble dans l'ossification.

Parlons maintenant des incisives de la mâchoire diacrânienne, qu'il est si rare de voir cariées, que, lors même que leurs formes sont altérées par l'atrophie, elles ne cèdent encore que rarement au ferment qui détruit leurs voisines. Il est raisonnable de croire que la nature n'a usé à leur égard d'aucune prédilection dans la structure qu'elle leur a imposée, puisque les recherches anatomiques n'ont encore rien fait présumer de semblable.

Il faudrait donc attribuer leur conservation à leur situation, qui les mettrait à l'abri des causes externes. En effet, la lèvre inférieure les recouvre constamment, et les préserve du contact de l'air et des boissons introduites dans la bouche : cachées par les incisives supérieures, lorsque les deux mâchoires sont rapprochées, elles se trouvent préservées de l'effet des coups et des chutes. Ne nous hâtons pas cependant d'adopter ces raisons, qui peuvent être vraies en grande partie, mais ne sauraient être les seules. On demanderait alors, et avec justice, d'où vient, en ce cas, l'impuissance de toutes les causes internes.

Le fait, pour être inexpliqué, ne cesse pas d'être vrai; cependant il faut perdre ces dents comme celles d'un autre ordre; elles tombent

plus tôt ou plus tard, en raison des soins qu'en prennent ceux à qui elles appartiennent; la seule différence est qu'elles sont intactes.

Marche de la carie. Elle se déduit nécessairement de tout ce qui précède : je ne pourrais indiquer avec détail la manière dont cette maladie se développe, sans répéter ce qui a déjà été dit. Effectivement, on en peut conclure que la marche de la carie est lente ou rapide, qu'elle peut même être comme entravée ou arrêtée spontanément, suivant le degré d'activité des causes auxquelles elle obéit, et la résistance d'organisation des parties qu'elle corrode : j'ajouterai qu'elle procède indistinctement de dedans en dehors et de dehors en dedans. Dans le premier cas son existence est ignorée, ou n'est révélée que par un sentiment douloureux, mais passager, que fait naître et qu'exaspère la pression d'un corps dur ou l'application d'un corps froid sur l'émail qui la dérobe aux regards.

Lorsqu'au contraire l'émail est attaqué dès le principe, la simple vue ou la sonde font reconnaître la maladie; bientôt commencera la douleur.

Marche de l'odontalgie par carie. Des douleurs sourdes, ainsi que je viens de le dire, annoncent quelquefois l'altération cachée d'une ou de plusieurs dents. Elles ne sont susceptibles de se montrer avec intensité que quand la pulpe dentaire a été mise à nu en totalité ou en partie.

Pourtant la destruction de la portion osseuse ne suffit pas pour que l'odontalgie ait lieu; celle-ci a toujours besoin d'être excitée par une cause interne ou externe, qui tantôt peut être reconnue, tantôt échappe à toute investigation. Ici elle s'annonce par un sentiment de constriction ou de stupeur; ailleurs, elle débute inopinément, et un cri involontaire est le signal de son apparition. Elle est variable dans sa durée et dans son énergie; une émotion vive peut la faire disparaître. Combien de fois a été suffisante la seule annonce du chirurgien pour rendre l'intervention de celui-ci inutile.

La douleur s'exaspère par suite de l'inflammation qu'elle excite dans les parties voisines, et détermine souvent la formation d'un abcès dans l'intérieur de la cavité alvéolaire ou dans l'épaisseur des parties molles. Avec la sortie du pus peut avoir lieu la fin de la crise névralgique.

L'invasion de l'odontalgie fait parfois cesser un accès d'hystérie; elle peut aussi donner lieu à ces mêmes accès chez les femmes qui y sont sujettes.

Enfin cette douleur, lorsqu'elle sera trop prolongée, pourra porter le trouble dans l'organisme. Une fois je l'ai vue donner lieu à une attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie, chez un homme jeune encore, qui souffrait horriblement depuis plusieurs jours, et que la crainte faisait reculer devant une opération devenue indispensable.

Des moyens de prévenir l'odontalgie par carie des dents.

L'odontalgie, qu'on pourrait appeler la *pensée* ou plutôt l'*expression de la pensée des nerfs dentaires*, n'est qu'un des symptômes d'une maladie, et non la maladie elle-même. Quelques observations de succès à la suite de l'emploi des stupéfians ou des irritans ne prouvent autre chose que la possibilité d'abolir momentanément la faculté de sentir en prenant deux routes opposées. Pour annihiler l'effet, c'est la cause qu'il faut détruire; en sorte que la question qui fait le sujet de ce paragraphe se résout forcément en celle-ci : *Des moyens de prévenir la carie et d'arrêter ses progrès quand elle est déclarée.*

Ainsi s'expliquent les détails un peu longs dans lesquels je suis entré jusqu'à présent : un instant ils ont pu paraître en dehors du cadre que je me suis tracé; maintenant on conçoit qu'ils étaient indispensables. De plus, prévenir n'étant que se soustraire aux causes, il est tout naturel que je renvoie le lecteur au chapitre où cet objet a été traité; seulement j'ajouterai quelques considérations comme complément.

Le travail continuel de décomposition et de recomposition qui modifie incessamment toutes nos parties fait concevoir la possibilité du retour à une vitalité forte pour les individus affaiblis dans l'enfance par de longues maladies. Le même avantage n'existe pas pour les dents; la circulation étant nulle, au moins dans une grande partie de leur couronne, ces organes restent toute la vie à peu près tels que les ont faits les circonstances fâcheuses ou favorables qui ont présidé à leur formation : s'ils se modifient, ce n'est que d'une manière trop lente pour attendre quelque chose des secours préventifs de l'art. Il n'est pas plus facile de se mettre à l'abri des causes externes et internes; tout ce qu'on peut faire, c'est d'en atténuer l'influence.

Dans ce but, on doit constamment surveiller l'état de la bouche, et entretenir une circulation libre et facile dans les vaisseaux qui pénètrent les gencives, de manière à empêcher l'inflammation ou l'engorgement de ce tissu. On redoublera particulièrement de soins lorsqu'on aura à traiter des maladies qui agissent essentiellement, pour produire la carie, et par elles-mêmes et par le traitement qu'elles réclament. Les préparations mercurielles sont au premier rang de celles qui réagissent sur les dents. Pour que celles-ci soient atteintes, il n'est pas même nésessaire que ce médicament soit porté à une dose assez élevée pour déterminer la salivation.

Le *calomélas*, si éminemment utile, comme dérivatif, dans les inflammations des membranes du cerveau, dans le croup, etc., etc., demande à être manié avec la plus grande prudence, puisqu'il produit le ptyalisme encore plus promptement que le deuto-chlorure de mercure. Enfin, faute de soins ou par la seule force des choses, la carie est déclarée; les procédés que l'art met en usage pour arrêter ses progrès sont ou mécaniques ou empruntés à la thérapeutique. Tous, excepté la lime, les rugines et l'obturation, étant employés pour combattre la douleur comme pour attaquer la carie, je n'en parlerai que dans le chapitre suivant.

La *lime* sert à enlever les parties mortifiées. Si l'on opère sur les incisives supérieures, il importe de diminuer le moins possible leur

largeur et de ménager l'émail qui recouvre leur face antérieure. A moins de nécessité absolue, on ne doit se servir de cet instrument et des diverses espèces de grattoirs que lorsque l'âge a donné aux dents toute la solidité qu'elles peuvent acquérir.

L'obturation a pour but de diminuer l'activité des causes destructives, et par suite d'empêcher la douleur, en interdisant à l'air extérieur et aux alimens tout accès dans les cavités des dents malades. Cette opération se pratique en introduisant, dans le creux formé par la carie, des feuilles d'or ou d'étain extrêmement minces et flexibles; on les fixe par une pression convenable, opérée à l'aide de sondes dont les extrémités arrondies varient de grosseur selon l'urgence.

A la mâchoire inférieure, ces feuilles sont remplacées avec beaucoup d'avantage par l'alliage de M. *Darcet*, auquel on ajoute un vingtième de mercure pour le rendre plus fusible.

Traitement de l'odontalgie par carie de dents.

On peut faire cesser l'odontalgie en combattant seulement l'affection nerveuse qui la produit; mais elle peut renaître au premier moment. On parvient au même but, et plus sûrement, en attaquant la cause ou en détruisant l'organe malade. Puisque de ces deux méthodes l'une permet des récidives que l'autre exclut de toute nécessité, je considérerai le traitement comme pouvant être palliatif ou curatif.

Traitement curatif. Il consiste à enlever la dent douloureuse ou à détruire le nerf qui l'anime. Il n'est aucune maladie pour laquelle l'axiôme *sublatâ causâ tollitur effectus* reçoive une application plus directe et plus entière. L'extraction pourrait donc être considérée comme le procédé auquel on devrait donner en tous temps la préférence. Cependant il est une infinité de circonstances où l'on peut, où l'on doit même tenter la conservation de l'os malade. Si l'on parvient à faire cesser la douleur, il ne reste plus que la carie, et nous avons vu le traitement qu'elle réclame. Seulement il est important de savoir

apprécier les motifs qui conduisent au choix de telle ou telle médication.

J'ai dit que les dents de l'enfance étaient sujettes à s'altérer : l'odontalgie qui est la suite de cette altération ne réclame l'extraction que lorsque les douleurs sont très-vives. Si l'on peut différer l'opération, on verra le calme se rétablir, la dent de deuxième dentition ayant fait perdre à celle qu'elle doit remplacer toute espèce de rapports avec le centre sensitif, par suite de la destruction des racines et des nerfs qu'elles renfermaient. Du reste, les dents primitives n'offrent que peu d'intérêt, puisqu'elles ne sont que temporaires : il en est tout autrement de celles qui leur succèdent.

Parmi celles-ci il en est, comme les molaires, qui sont nécessaires à la nutrition; les autres ne sont que d'une utilité plus secondaire : ce sont les incisives et les canines. Celles-ci, qui mériteraient le moins d'être ménagées, sont celles, au contraire, qu'on est obligé d'entourer de plus de soins. Heureusement la structure anatomique de ces dernières permet d'user des procédés conservateurs avec tant d'efficacité, que l'on doit établir comme règle générale qu'à moins d'extrême nécessité on ne doit jamais en faire l'extraction.

On ne doit chercher à conserver les molaires qu'autant que la carie n'en atteint qu'une faible portion; il faut, en outre, avoir la certitude de détruire complètement la douleur. La pusillanimité du malade engage quelquefois à ménager une dent sur laquelle la moindre pression ne peut être exercée sans éveiller la souffrance; il en résulte que le côté de la bouche auquel elle appartient reste oisif, et devient le siège d'une inflammation chronique : les vaisseaux s'engorgent, le tartre s'amoncelle, les gencives s'ulcèrent, et souvent il arrive que la crainte d'une opération cause la perte de plusieurs dents.

Je ne dirai rien des instrumens destinés à extraire les dents : chacun d'eux a ses défauts et ses avantages, et le meilleur sera toujours celui dont on aura l'habitude de se servir.

Fidèle au principe que j'ai donné plus haut, et respectant les incisives et les canines, je n'enlève jamais que les molaires. Pour cette

opération, c'est à la clef de *Garangeot* modifiée que je donne la préférence.

Des accidens suivent parfois l'extraction des dents, et ils peuvent être de diverses espèces. Il n'entre pas dans mon plan de les faire connaître, mais on me pardonnera sans doute le récit d'une observation qui, à ma connaissance du moins, n'a pas d'analogue.

J'avais fait à M.*** l'extraction d'une molaire située à la mâchoire inférieure du côté gauche. Une semaine passée, cette personne vint me demander par quel moyen elle pourrait être guérie d'une fluxion qui l'incommodait beaucoup, disait-elle. Cependant ni l'une ni l'autre des deux joues ne présentait le gonflement et la rougeur qui existent en pareil cas : je priai cette personne de s'expliquer.

J'appris que cette prétendue fluxion se reproduisait et disparaissait à volonté. Alors le malade se moucha, et à chaque effort le volume de la joue gauche augmenta graduellement et de la manière la plus remarquable. La pression de la main sur la tumeur suffit ensuite pour ramener les parties à leur état naturel.

Évidemment ce phénomène était dû à la présence de l'air qui s'infiltrait dans le tissu cellulaire des joues : mais par quelle voie? L'examen de la bouche me fit voir que l'ouverture laissée par la dent retirée quelques jours avant n'était point encore fermée. Je me rappelai alors que la molaire extraite présentait cette disposition qui a fait donner à quelques dents le nom de *dents barrées*, et qu'une portion de la lame osseuse externe de l'alvéole était restée adhérente aux racines. Dès-lors il fut aisé de conclure qu'il y avait eu un déchirement des parties molles, qui permettait à l'air comprimé de s'introduire entre les mailles du tissu cellulaire.

L'extrémité d'un cylindre de nitrate d'argent fondu, introduite dans l'alvéole non refermée, suffit pour guérir sans retour ce pneumatocèle d'une nouvelle espèce.

Je reviens à mon sujet.

On détruit le nerf dentaire par la cautérisation, les caustiques et la piqûre.

A. *La cautérisation.* Cette opération est employée contre l'odontalgie et contre la carie. Dans ce dernier cas, elle agit en procurant la chute des parties mortifiées, et en changeant le mode de vitalité de celles qui sont sous-jacentes.

Pour cautériser, on se sert de sondes d'acier chauffées au rouge, et dont on dirige l'action vers le noyau pulpeux de la dent. Souvent une seule application est insuffisante; alors on la réitère tant qu'il est nécessaire. Ordinairement la première est la seule qui soit douloureuse. Cette espèce de cautérisation est médiate; il en est une autre que l'on pourrait appeler *immédiate*, et qui se pratique en introduisant préalablement dans la cavité résultant de la carie un morceau d'une substance résineuse, ou une boule de coton imprégnée d'une huile volatile. C'est sur ce corps étranger que s'applique le corps en ignition. Ce mode de cautérisation a l'avantage d'agir plus profondément que l'autre; mais, pour qu'il réussisse, la température de la sonde doit être très-élevée.

Ainsi qu'on le concevra sans peine, cette dernière opération devra être proscrite, si le sujet est atteint d'une affection quelconque des organes pulmonaires; car elle est accompagnée de la production d'une grande quantité de vapeurs irritantes.

B. *Les caustiques.* Toutes les substances qui ont la propriété de désorganiser les parties vivantes sur lesquelles on les applique pourraient être mise en usage contre la douleur dentaire, si elles n'étaient susceptibles de déterminer des accidens très-graves. Il est impossible de borner leur action; et le moindre inconvénient qui puisse résulter de l'emploi de la moins active d'entre elles, l'huile volatile de girofles, est l'inflammation des parties molles contiguës à la dent malade, pour peu que les précautions voulues aient été négligées.

Je me rappelle un fait qui n'a pas peu contribué à me confirmer dans l'opinion que je viens d'émettre sur les caustiques, et dont les détails sont assez intéressans pour trouver place ici.

Il y a sept ans environ, une jeune fille, âgée de quinze à seize ans,

fut placée dans une des salles de l'Hôtel-Dieu, confiées aux soins de M. *Dupuytren*. Elle présentait les symptômes suivans : la face, considérablement tuméfiée, surtout à droite, offrait vers la partie inférieure et moyenne de la joue de ce même côté une ouverture par laquelle on pouvait pénétrer dans la cavité buccale, et dont le plus grand diamètre, dirigé de bas en haut, avait douze à quinze lignes de longueur. Les lèvres, écartées, livraient passage à la langue, dont le volume et la longueur étaient singulièrement accrus. La tuméfaction s'étendant à la partie latérale droite du cou, la difficulté de la respiration et de la déglutition, la fièvre contribuaient à rendre plus fâcheux l'état de la malade.

Lorsqu'un traitement antiphlogistique sagement dirigé eût fait disparaître les symptômes les plus graves, on apprit de la malade que, tourmentée d'une odontalgie aiguë, elle avait été consulter un dentiste, qui avait appliqué sur la dent douloureuse une substance corrosive, dont la nature resta inconnue ; on apprit aussi que cette application avait été suivie d'une inflammation très-violente, à la suite de laquelle une portion de la joue gauche avait été frappée de gangrène. La perte de substance dont j'ai parlé était la suite de la chute de l'escharre gangréneuse.

Plus tard M. *Dupuytren* tenta de fermer cette ouverture. Sans détailler l'opération qui fut faite pour arriver à ce résultat, il suffit de dire que la jeune personne qui fait le sujet de cette observation ne conserva qu'une cicatrice peu difforme. Ainsi l'habileté du chirurgien répara en grande partie les torts du médicastre.

C. *La piqûre*. Autrefois cette opération était regardée comme tenant de la cautérisation, parce qu'on faisait rougir l'aiguille avant de la faire pénétrer dans la racine des dents malades. Il était pourtant naturel de penser que les stylets, dont on fait usage en pareil cas, sont trop déliés pour ne pas perdre immédiatement leur calorique, et que, remplissant le canal dentaire, dont le diamètre est presque capillaire, ils agissent en dilacérant les parties qu'ils rencontrent.

Comme il est souvent nécessaire d'employer une certaine force pour faire pénétrer ces petits instrumens, et qu'il faut éviter qu'ils ne se brisent sous l'effort qu'ils ont à supporter, il n'y a que la trempe qui puisse les faire arriver à un degré convenable de résistance. Je me sers, pour cette opération, d'aiguilles très-déliées et très-longues, que je fais recuire, en les plaçant, les unes à côté des autres, sur une plaque métallique que j'expose à la flamme d'une lampe à l'esprit-de-vin : alors on les voit passer successivement du jaune-paille au rouge, au violet et au bleu. Dès qu'elles ont pris cette dernière teinte, je les retire; elles sont amenées au degré convenable, et peuvent prendre et conserver la courbure que je juge nécessaire. Pour en faire usage je les fixe, du côté de l'œil, dans une très-petite pince à coulant.

Il ne faut qu'un peu d'habitude pour faire reconnaître à l'avance le point vers lequel on doit diriger l'extrémité de l'instrument. Une douleur un peu vive annonce que l'on a touché le centre où les nerfs s'épanouissent; mais elle cesse dès que la racine a été parcourue dans toute sa longueur. Après avoir retiré l'aiguille, on doit pratiquer l'obturation de la dent.

La piqûre n'est praticable, en général, que sur les dents qui n'ont qu'une seule racine, telles que les incisives et les canines. Cependant comme elle est simple, peu effrayante pour le malade, et qu'elle réussit complètement quand elle est faisable, je recherche les occasions de l'appliquer aux petites molaires. Il m'est même arrivé de rendre parfaitement insensible, par ce procédé, une grosse molaire de la mâchoire supérieure, chez une personne qui avait éprouvé les bons effets de la piqûre.

Plutôt que de perdre la dent malade, elle préféra supporter l'ablation que je fis, avec la rugine et le burin, de quelques parties de cet organe qui cachaient les orifices des canaux dentaires. Cette dent, plombée ensuite, subsiste depuis plusieurs années, sans qu'aucune douleur soit venue rendre sa présence incommode.

Traitement palliatif. Ici commence le plus pénible de la tâche que je me suis imposée. Tenterai-je de passer en revue tous les remèdes qui ont été proposés contre l'odontalgie? Ma mémoire est assaillie d'une foule de médicamens que l'on applique sans discernement à tous les cas et à tous les individus.

Immense farago officinal, qui, depuis le plus modeste élixir jusqu'au plus vanté, n'offre qu'une série de remèdes dont je me garderai bien de contester l'excellence, surtout pour ceux qui les vendent, et auxquels le charlatanisme sait donner momentanément la vogue. Observons toutefois qu'il est quelques préparations magistrales que l'homme de l'art apprécie, et dont il sait diriger l'application.

Parlerai-je de l'emploi des préparations opiacées, des saignées locales ou générales, des dérivatifs et des révulsifs de tous genres, des gargarismes de toutes espèces? Il faudrait indiquer chaque cas où chaque médicament devrait être prescrit, à l'exclusion de tout autre, suivant les maladies qui peuvent se rencontrer comme causes secondaires ou comme complications. J'aime infiniment mieux renvoyer à l'étude de la pathologie générale. La médecine est une; si on la divise en plusieurs branches, c'est afin d'en faciliter l'abord à ceux qui l'étudient : dans la pratique, on doit la réunir en un seul faisceau. La possibilité de choisir une spécialité n'exclut pas les autres connaissances médicales, c'est seulement une nécessité de mieux connaître la partie à laquelle on a donné la préférence.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid.*, *aph.* 13.

III.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

A morbo belle comedenti nihil proficere corpus, malum est. *Ibid.*, *aph.* 31.

V.

Naturarum aliæ quidem ad æstatem, aliæ verò ad hyemem benè aut malè constitutæ sunt. *Sect.* 3, *aph.* 2.

VI.

Tabes maximè fit ætatibus ab anno octavo decimo usque ad quintum trigesimum. *Ibid.*, *aph.* 7.

DISSERTATION

N° 200.

SUR LA

DÉLIVRANCE APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ANTOINE CAVAROC, de Vic-sur-Cère,

Département du Cantal.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant*.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur*. ROUX, *Examinateur*.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur*.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Président*.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec, *Suppléant*.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe, *Examinateur*.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet, *Examinateur*.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE

ET DE MON AMI LE DOCTEUR

LACASSAGNE.

A MA MÈRE

ET A MES AUTRES PARENS.

Témoignage du plus profond respect et de la plus vive reconnaissance.

A. CAVAROC.

AVANT-PROPOS.

L'unique objet de ma thèse, sur la délivrance, est de démontrer à mes compatriotes que je me suis spécialement occupé de cette partie de la chirurgie, que mon père et mon aïeul ont exercée avec distinction.

Si je parviens à prouver à mes professeurs que j'ai lu avec soin leurs bons ouvrages, que j'ai prêté toute mon attention à leurs savantes leçons, et si je puis mériter par là leurs suffrages, mon but sera rempli.

DISSERTATION

SUR LA

DÉLIVRANCE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

La délivrance après l'accouchement consiste dans l'expulsion du placenta et de ses dépendances hors de la cavité de l'utérus, à travers le vagin et la vulve. Elle a lieu le plus souvent par les seules forces de la nature. Lorsqu'elle réclame les secours de l'art, il est important de connaître les accidens graves que peuvent occasionner des soins mal dirigés; l'expérience est la source où l'on doit puiser des préceptes capables de les prévenir. Des auteurs recommandables veulent que l'on délivre la femme immédiatement après la sortie de l'enfant : de ce nombre sont : *Moriceau, Delamotte* et *Deventer*, son commentateur. D'autres, d'un aussi grand mérite, veulent que toujours on abandonne aux soins de la nature l'expulsion de l'arrière-faix. *Puzos* conseille de temporiser même une heure, s'il n'y a pas d'hémorrhagie. *Levret*, dans son ouvrage sur l'art des accouchemens, est de l'avis de *Puzos*. Le célèbre *Baudelocque* pense que des préceptes aussi généraux peuvent devenir funestes à la femme, et que ce sont plutôt les circonstances qui doivent déterminer la conduite de l'accoucheur. Nous allons d'abord décrire les organes qui coopèrent à la délivrance; nous tracerons ensuite la marche que suit la nature quand elle n'é-

prouve point d'obstacle, afin de l'imiter quand elle a besoin de secours.

La matrice est un muscle creux situé dans l'excavation pelvienne, entre le rectum et la vessie, au-dessus du vagin. Sa forme est celle d'un cône renversé, aplati d'avant en arrière, ce qui l'a fait comparer à une poire tapée dont la base serait en haut et le sommet en bas. Elle est recouverte à l'extérieur par le péritoine, excepté à la partie antérieure du col, qui est adossé à la vessie ; et sur les côtés, où la membrane séreuse forme des duplicatures qui vont se porter sur les parois du bassin, et que l'on a nommées *ligamens larges.* Sur le bord supérieur de la matrice le péritoine forme également des replis secondaires qui contiennent le ligament rond, la trompe et l'ovaire. L'intérieur de la matrice est tapissé par une membrane tellement adhérente aux fibres charnues, qu'on doute encore de son existence. La matrice jouit d'une contractilité considérable qui semble même subsister quelque temps après la mort, du moins on a des exemples d'enfans nés plusieurs jours après que leur mère avait expiré. Peut-être ces accouchemens se font-ils mécaniquement par le développement des gaz putrides dans l'intérieur de la matrice.

Dans le moment du coït, les organes génitaux semblent éprouver une violente secousse nerveuse; et la surface interne de la matrice, fortement irritée, sécrète des concrétions albumineuses (épichorion) qui existent même dans les cas de grossesses extra-utérines, et dans lesquelles l'ovule s'enfonce et prend des adhérences avec l'utérus par quelques filamens vasculaires. Ces concrétions, qui sont en quelque sorte morbides, s'organisent des deux côtés et forment la membrane caduque utérine et la membrane caduque réfléchie. Cette dernière n'est distincte que depuis deux mois de grossesse jusqu'à quatre mois et demi, et elle ne s'aperçoit que là où le placenta n'existe pas.

La première membrane qui constitue l'enveloppe propre de l'ovule est le chorion, qui, par sa surface externe, adhère à l'épichorion; sa surface interne se confond avec la surface externe de la seconde membrane, qui a reçu le nom d'*amnios.* De la surface interne de celle-ci

s'exhale un fluide au milieu duquel le petit embryon flotte suspendu. Cette eau préexiste au fœtus, et elle est proportionnellement d'autant plus abondante qu'il est plus petit. Elle sert à le défendre d'une compression irrégulière de l'utérus, et à lubrifier les passages qu'il doit parcourir lors de son expulsion de la cavité de cet organe. L'utilité et l'importance des eaux sont si réelles, que leur écoulement déterminé par la rupture prématurée des membranes est une cause nécessaire d'avortement ; que si cet écoulement a lieu lorsque les premières douleurs se déclarent, et avant que les membranes, trop peu résistantes, n'aient insensiblement dilaté l'orifice utérin, et préparé par là la facile expulsion du fœtus, celui-ci, immédiatement soumis aux contractions utérines, et forcé de se frayer lui-même un passage, se trouve gravement exposé, et peut quelquefois succomber. Vers la fin du deuxième mois, le tomentum vasculaire du chorion, qui n'est qu'une expansion de la veine ombilicale du fœtus, traverse la caduque et reçoit le sang exhalé par les vaisseaux de cette membrane. Il prend la forme d'une houppe vasculaire que l'on désigne sous les noms divers de *placenta, arrière-faix, délivre, secondines.* Comme il est l'objet principal de notre dissertation, il importe de le bien connaître.

Le placenta est une masse molle, spongieuse, ordinairement de forme arrondie (ce qui lui a fait donner le nom de *placenta en parasol*) ou bien ovale, à l'extrémité de laquelle s'insère le cordon ombilical, d'où le nom de *placenta en raquette.* A son centre, son épaisseur est d'environ douze à quinze lignes; mais cette épaisseur diminue du milieu à la circonférence, de manière que son bord, très-aminci, finit par se confondre avec ses membranes. Sa texture est éminemment cellulo-vasculaire; il est formé de plusieurs lobes qui portent aussi le nom de *cotylédons*, et qui sont unis ensemble par un tissu cellulaire très-fin cédant au moindre effort, et qui lie la fac externe de cet organe à la matrice ; tandis que sa face interne est toujours tapissée de deux membranes connues sous les noms de *chorion* et d'*amnios.* Cette face offre un plexus admirable d'artères et de veines. Le chorion est une membrane celluleuse, qui paraît être une expansion

du tissu cellulaire, qui lie les cotylédons du placenta, et recouvre la face interne de ce même organe. L'amnios est une membrane mince et transparente unie au chorion par sa face externe et par du tissu cellulaire très-délié, tandis que sa face interne est baignée par les eaux du fœtus. Le plexus artériel et veineux qui compose la surface fœtale du placenta forme, en se réunissant, deux artères et une veine qui, enveloppées par le chorion et l'amnios, constituent le cordon ombilical. La marche d'accroissement du placenta n'est pas régulière et ne suit pas celle du fœtus. Dans les trois premiers mois de la gestation, il remplit à lui seul presque toute la dilatation que présente alors la cavité utérine, dont l'embryon n'occupe qu'un très-petit espace; mais à dater de cette époque, l'accroissement du placenta diminue chaque jour jusqu'au terme de la grossesse, tandis que le développement du fœtus se fait, au contraire, dans une progression toujours croissante et de manière à remplir à son tour presque toute la cavité de la matrice.

De la délivrance naturelle.

La délivrance naturelle se compose de deux temps, 1°. celui de la rupture de l'adhérence du placenta avec l'utérus; 2°. celui de l'expulsion hors de la cavité de cet organe.

La première de ces opérations s'exécute d'autant plus promptement que l'expulsion du fœtus a été plus lente, et que la matrice, s'étant vivement contractée sur elle-même pendant l'accouchement, conserve moins de capacité et plus d'énergie.

Le placenta se décolle tantôt par son centre, tantôt par son bord le plus éloigné de l'orifice, tantôt par celui qui en est le plus voisin.

Le centre se décolle-t-il, les bords conservant leurs adhérences, le sang s'épanche comme dans une espèce de cul de lampe, et augmente le décollement; bientôt cette masse spongieuse tombe, et vient offrir à l'orifice utérin sa face fœtale, lisse et vasculeuse.

Est-ce le bord le plus éloigné de l'orifice qui se décolle, il forme

un bec d'aiguière où le sang s'accumule jusqu'à ce que la masse placentaire complètement détachée vienne présenter encore à l'orifice utérin sa face fœtale.

Enfin lorsque le bord voisin de l'orifice se décolle le premier, il se roule en forme de cornet d'oublie; le sang coule plus ou moins abondamment par la vulve, et le placenta présente sa surface utérine, mollasse et lobuleuse; le délivre passe de la matrice dans le vagin en suivant l'axe du détroit supérieur, et du vagin hors de la vulve en suivant l'axe du détroit inférieur.

Les signes qui font connaître que la délivrance s'opère sont de nouvelles douleurs que la femme éprouve, et qui résultent des efforts que fait la matrice pour expulser l'arrière-faix; la roideur du globe utérin sentie par la main appliquée sur l'hypogastre; la souplesse de l'orifice de la matrice, et la présence d'un corps mollasse qui s'y engage. Selon M. *Velpeau*, quand bien même la femme ne ressentirait ni douleurs, ni tiraillemens, pourvu toutefois que l'utérus soit revenu sur lui-même et qu'il se durcisse, on peut opérer la délivrance.

Pour la favoriser, on laisse dégorger, par le cordon ombilical, le sang renfermé dans les cellules du placenta, et par cela même on le fait diminuer de volume. On pratique en même temps des frictions sur la région hypogastrique.

On saisit le cordon ombilical de la main droite enveloppée d'un linge sec; on le roule tout autour, jusqu'à ce qu'on soit arrivé le plus près possible de la vulve; on glisse deux ou trois doigts de la main gauche dans le vagin, jusqu'à l'orifice de la matrice, ou jusqu'à la racine de la tige ombilicale; le dos de la main portée contre le sommet de l'arcade pubienne, repousse le cordon vers la pointe du sacrum ou la base du coccyx, et par ce moyen on établit une poulie de renvoi, qui fait descendre l'arrière-faix d'abord dans le sens du détroit supérieur; une fois la masse spongieuse arrivée dans le vagin, le premier mécanisme devient inutile; on tire alors en relevant le cordon vers les pubis, et par ce moyen on lui fait suivre l'axe du détroit inférieur. Dès que le placenta paraît à la vulve, on le reçoit dans la paume

d'une main, située en travers à la commissure postérieure; on le roule cinq ou six fois sur lui-même, pour tordre les membranes et les extraire en totalité.

La délivrance terminée, on porte le doigt indicateur vers la matrice, pour examiner si cet organe n'a pas été déplacé ou renversé; on examine si l'arrière-faix est entier, ou s'il n'en est pas resté quelques parcelles dans la matrice. Le placenta est-il déchiré, on va chercher avec la main le lambeau qui manque, de crainte qu'il n'occasionne des accidens; du reste, on doit se mettre peu en peine des parties de membranes qui manqueraient, parce qu'elles sont toujours entraînées avec le sang des lochies.

Nous ne parlons pas des vomitifs, des sternutatoires, et de plusieurs autres moyens bizarres, imaginés comme capables de coopérer à la délivrance : toutes les secousses plus ou moins violentes imprimées à l'économie, loin de réveiller la contractilité de la matrice, peuvent occasionner de graves accidens.

Délivrance artificielle.

La délivrance artificielle est-elle souvent nécessaire? ou bien cette seconde partie de l'accouchement doit-elle toujours être abandonnée aux soins de la nature? On ne doit avoir recours aux moyens de l'art pour opérer la délivrance que lorsque la nature devient impuissante, ou lorsqu'il n'est plus permis d'attendre sans compromettre le salut de la femme. Il est des circonstances où il faut se hâter d'extraire l'arrière-faix, et d'autres, au contraire, où il faut temporiser, et attendre patiemment l'occasion favorable pour cette opération.

La délivrance trop prompte peut occasionner beaucoup d'accidens, tels que la chute, le renversement, l'inertie de matrice; la délivrance trop retardée peut aussi devenir très-nuisible à la femme, et la rendre quelquefois victime de ce retard. Le placenta trop long-temps retenu dans l'utérus peut y subir un commencement de putréfaction, et cette altération devenant très-prompte peut non-seulement irriter

et enflammer la matrice et ses parties environnantes, mais donner lieu à une résorption d'humeurs provenant de la dissolution et de la corruption du délivre, lesquelles portées dans le torrent de la circulation déterminent bientôt une adynamie ou une ataxie générale, qui conduit très-rapidement la malade à la mort.

Les principales circonstances qui rendent quelquefois indispensable et toujours très-utile l'intervention de l'art dans la délivrance sont nombreuses. Les principales sont : 1°. l'inertie de matrice ; 2°. l'hémorrhagie utérine ; 3°. les syncopes ; 4°. les convulsions ; 5°. l'insertion du placenta sur l'orifice utérin ; 6°. l'adhérence du placenta ; 7°. son enchatonnement ; 8°. l'avortement ; 9°. la grossesse composée. Nous examinerons chacune de ces dispositions, et les indications particulières qu'elles présentent.

Délivrance dans le cas d'inertie de matrice.

L'inertie de l'utérus après l'accouchement peut être déterminée par la faiblesse constitutionnelle de la femme, par un état pathologique antérieur, par un chagrin subit, résultant d'une attente trompée, à raison du sexe de l'enfant ; par une hémorrhagie ou par la fatigue d'un long travail. L'inertie peut provenir aussi de la suite des accouchemens trop prompts, l'utérus passant tout à coup d'une grande distension à une entière vacuité, son énergie contractile se trouve suspendue par le défaut même de résistance, mais cette espèce d'inertie ne dure pas long-temps, à moins que d'autres causes ne viennent l'entretenir.

La mollesse de l'utérus, le relâchement et la flaccidité de son col, ainsi que l'absence d'un corps dur et arrondi au-dessus des pubis, ne permettent pas de se tromper à cet égard.

La délivrance n'est pas la première indication à remplir lorsque la matrice est dans l'inertie ; il faut alors solliciter les contractions de ce viscère, et attendre qu'il fasse des efforts pour se débarrasser de l'arrière-faix.

On combat cette disposition par des frictions sur l'hypogastre, par

des injections froides et styptiques, par quelques préparations toniques, quelques cuillerées de vin chaud, etc..... Chez les femmes dont la constitution débile ou la disposition œdémateuse peuvent la faire redouter, on la prévient à l'avance par un régime fortifiant. Lorsque, par ces moyens, l'on est parvenu à rappeler les douleurs et les contractions de l'utérus, l'on a rétabli les choses dans l'ordre naturel, et la délivrance s'opère bientôt par l'effet du changement obtenu. Si cependant l'inertie persiste, si le décollement partiel ou total du placenta donne lieu à une perte, il faut, sans plus tarder, en opérer l'extraction.

Le besoin de la délivrance artificielle bien reconnu, on y procède de la manière suivante. L'on fait des tractions ménagées sur le cordon ombilical, si toutefois l'existence et la solidité de celui-ci permettent cette manœuvre; ou bien, avec la main introduite dans l'utérus, l'on va rompre l'adhérence, dont la non-existence ou la faiblesse du cordon ne permettent pas de triompher.

Dans le premier cas, on exerce ces tractions de la manière dont nous l'avons indiqué en parlant de la délivrance naturelle; dans le second cas, on applique une main sur l'hypogastre pour fixer la matrice, on introduit l'autre main dans l'utérus, en suivant d'abord l'axe du détroit inférieur, ensuite celui du détroit supérieur; on se dirige, dans la recherche du placenta, à l'aide du cordon ombilical s'il existe, sinon on reconnaît sa face fœtale soit à la nature molle et spongieuse de son tissu, soit à l'absence des douleurs de la femme lorsque les doigts de l'accoucheur agissent sur cette surface, enfin aux débris des membranes qui adhèrent à son pourtour.

Le placenta ainsi trouvé, on s'assure s'il n'a pas éprouvé un commencement de décollement; dans ce cas, on introduit un ou deux doigts entre le bord de ce côté et la surface utérine, et, par des mouvemens bien ménagés de va et vient, comme le conseille *Baudelocque*, on le détache graduellement, de la même manière qu'on sépare deux feuilles de papier légèrement collées ensemble.

Dans le cas contraire, où toute la masse est adhérente, on se com-

porte comme nous le dirons en parlant de l'adhérence morbide du placenta. On essaie de rouler le délivre sur lui-même, de l'amener vers l'orifice utérin, et d'en opérer l'extraction.

Délivrance dans le cas d'hémorrhagie utérine.

L'hémorrhagie peut exister avant la délivrance, comme complication de l'inertie utérine, mais elle peut aussi exister seule, et sans qu'il y ait inertie de matrice; au reste, qu'elle dépende de l'inertie, du spasme, de la pléthore, de l'irritation de la matrice, c'est toujours un phénomène dangereux qu'il faut se hâter de combattre.

Si la présence du placenta dans l'utérus n'est pas toujours la cause de l'hémorrhagie qui survient, elle sert du moins à l'entretenir et à l'aggraver; aussi doit-on toujours par cela même s'empresser de l'extraire.

La perte utérine après l'accouchement peut être patente ou latente, ou, en d'autres termes, interne ou externe. L'hémorrhagie latente ou interne sera d'autant plus fâcheuse qu'elle aura pu être plus long-temps méconnue, aussi nous nous proposons d'y insister davantage.

L'hémorrhagie utérine peut avoir lieu après un accouchement prompt, surtout s'il a été précédé d'écoulement de sang au dehors; alors le placenta, décollé, peut tomber sur l'orifice utérin et le fermer après l'expulsion du fœtus; un caillot de sang peut aussi opposer un obstacle à ce fluide, et l'empêcher de couler au dehors, surtout si l'orifice de l'utérus se resserre spasmodiquement pendant que le corps et le fond de cet organe sont frappés d'inertie. L'hémorrhagie peut dépendre aussi d'une déchirure ou d'une contusion de la matrice à la suite de quelque mauvaise manœuvre; elle peut aussi être sympathique.

Si la matrice n'est fermée ni activement, ni par un obstacle matériel, le sang coule au dehors, et la perte est alors dite *manifeste* ou *externe*. On reconnaît l'hémorrhagie interne aux accidens qui accom-

pagnent toutes les grandes pertes de sang, et qui sont, la pâleur du visage, le tintement des oreilles, les évanouissemens, les sueurs froides, l'extinction de la voix, la faiblesse du pouls, la syncope, la difficulté de remuer les membres. A ces symptômes se joignent l'absence d'une tumeur dure et sphérique au-dessus des pubis; on y trouve au contraire un corps mollasse qui s'accroît et se distend avec rapidité. Ces symptômes sont bientôt suivis de mort, si l'on ne vient promptement au secours de la femme.

Plusieurs moyens ont été employés pour combattre les hémorrhagies, mais le vrai talent consiste à savoir les mettre en usage suivant que la circonstance l'exige.

Si une hémorrhagie interne se présente, la principale indication est de porter sur-le-champ le doigt indicateur vers le col de la matrice. d'examiner avec attention la cause qui en bouche l'ouverture et s'oppose à l'écoulement du sang. S'il s'agit d'une contraction spasmodique de l'orifice de cet organe, quelques titillations vers le col utérin, ou quelques frictions sur l'hypogastre, et surtout le calme qu'on a soin d'inspirer à la femme, suffiront pour la dissiper. Si cependant les contractions persistent, et que l'orifice utérin soit entièrement resserré, si la femme est forte et qu'il y ait des symptômes d'irritation, on pratiquera une saignée; si la femme est très-nerveuse, peu robuste, s'il existe une vive sensibilité aux organes sexuels, et qu'il y ait menace de convulsions ou de perte, on fera des injections émollientes ou légèrement narcotiques : la pommade de belladone appliquée sur le col de l'utérus ou un bain entier produira un très-bon effet. M. *Capuron* a vu ce spasme céder comme par enchantement à la vapeur de l'eau chaude. L'orifice utérin est-il bouché par un caillot de sang, c'est là l'obstacle qu'il faut enlever sur-le-champ. Enfin la prompte délivrance n'est absolument nécessaire, dans le cas de perte interne, que lorsque le placenta ou un de ses lambeaux s'applique sur l'orifice de l'utérus et en ferme l'ouverture. Ce n'est pas que l'extraction de ce corps arrête directement la perte utérine, mais elle favorise l'introduction de la main et l'injection des liquides

astringens, qui agissent immédiatement sur les branches béantes des vaisseaux utérins où est la source du mal.

Si la matrice est complètement vide, soit que spontanément elle se soit débarrassée de tous les produits de la conception, soit qu'une main téméraire ait provoqué trop tôt la délivrance, on ne doit rien négliger pour rappeler les douleurs contractiles de l'utérus.

Les moyens d'opérer ce résultat sont nombreux et doivent varier d'énergie selon l'imminence du danger, car ils ne sont pas eux-mêmes exempts d'inconvéniens.

Lorsque la perte est peu considérable, qu'elle ne dépend que de la sortie trop brusque des produits de la conception, qui n'ont pas laissé à cet organe le temps de se resserrer par degré, il suffit quelquefois de rappeler les contractions utérines, soit en frictionnant l'hypogastre, soit en titillant l'orifice utérin avec les doigts.

Mais si la perte devient très-abondante, qu'elle soit de nature à menacer prochainement les jours de la femme, on a promptement recours à des moyens plus énergiques.

D'abord on place la femme dans un endroit bien aéré ou même en plein air; le siége doit être plus élevé que le reste du tronc; on applique un large sinapisme entre les épaules, on asperge l'hypogastre, la vulve et les cuisses d'une eau très-froide et acidulée, en continuant toujours les frictions hypogastriques et les titillations vers le col utérin.

Ces moyens sont-ils infructueux, on a recours à la glace pilée; si l'on en trouve à sa disposition, on en couvre le ventre, le pénil et les cuisses. Les injections d'oxycrat ou de vinaigre pur, ou d'eau à la glace, conseillées par *Saxtorph*, peuvent être employées. La compression et les toniques avec mélange d'alcohol et de vinaigre, appliqués en topiques sur l'abdomen, ont été vantés par *Alphonse Leroy*. *Millot* a employé la compression sèche et immédiate appliquée sur le ventre et fortement serrée. On peut aussi pousser par la veine ombilicale un liquide styptique et froid dans le placenta. Le seigle ergoté pourrait être employé dans le cas d'hémorrhagie avec inertie

de matrice. Selon MM. *Balardini*, *Bordat*, *Villeneuve*, etc., qui l'ont mis en usage, il fait cesser l'inertie, oblige la matrice à se contracter, à détruire les adhérences du délivre, et à suspendre par suite l'hémorrhagie. La compression de l'aorte à travers les parois abdominales, qui se trouvent alors très-flasques et propres à se prêter à cette tentative, peut produire un très-bon effet, en empêchant le sang de se porter vers la matrice.

Nous adoptons le méthode de M. *Duchâteau*, auteur d'une très-bonne thèse sur la délivrance. Cette méthode consiste à masser et à rouler l'utérus dans ses mains armées d'une serviette, trempée dans du vinaigre froid; ce moyen lui a suffi quelquefois pour arrêter la perte, et lui permettre d'opérer la délivrance manuelle.

Le second moyen consiste à tremper un linge, simple ou double, dans le vinaigre; il en enveloppe une main et l'introduit dans la cavité de l'utérus, qu'il frotte, en parcourant le cercle du placenta : pendant que cette main sollicite les contractions de la matrice, il agit de l'autre main, sur l'hypogastre, avec le serviette imbibée de vinaigre.

A l'aide de ces deux moyens, il ne tarde pas à sentir le rapprochement des parois de l'utérus, et quand la contraction est suffisamment établie, il opère le décollement et l'extraction du placenta. Si la perte vient à se renouveler, il remet en usage les mêmes moyens extérieurs, et fait dans la cavité de la matrice des injections astringentes et styptiques. On soutient le moral de la femme, on administre des boissons glacées, la limonade, les préparations astringentes.

Délivrance dans le cas de syncope.

Ou la syncope existe seule, ou bien elle se complique avec l'hémorrhagie : dans le premier cas, il faut aviser aux moyens de ranimer promptement la femme; dans le second, on la délivre promptement, on tâche de combattre la syncope et ensuite l'hémorrhagie. Le même moyen suffit quelquefois pour remplir cette double indication.

Délivrance dans le cas de convulsions.

Même raisonnement que pour la syncope. Si les convulsions existent seules, on a recours aux antispasmodiques, à moins que le délivre détenu dans la matrice ne soit un irritant qui entretienne le trouble et le désordre du système nerveux; dans ce dernier cas, on procède à la délivrance.

Si les convulsions se compliquent avec l'hémorrhagie, ce qui est bien rare, on emploie tous les moyens d'arrêter le sang. On délivre même la femme, si le placenta est une cause qui en favorise le décollement. Quand les convulsions surviennent après une hémorrhagie très-abondante, on a tout à craindre; elles tiennent à l'extrême faiblesse de la femme; il faut donc recourir aux toniques et à tout ce qui peut ranimer les forces; de bons consommés, de légers potages, des fécules au gras, une nourriture à la fois substantielle et légère, un vin généreux, pris en petite quantité; les styptiques, placés sur la région utérine, sont alors les remèdes les plus appropriés aux circonstances.

De l'insertion du placenta sur l'orifice utérin.

Il se présente une circonstance qui complique d'une manière très-grave l'accouchement, occasionne des pertes, et appelle essentiellement l'intervention de l'art, pour procéder à l'extraction de l'enfant et pour diriger l'acte de la délivrance : nous voulons parler de l'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice.

Lorsque le placenta s'insère sur l'orifice utérin, la femme est toujours exposée à des pertes de sang vers la fin de la grossesse. Le plus communément elles ont lieu du septième au neuvième mois, et surtout pendant le travail de l'accouchement : dans des cas rares, l'on a vu l'hémorrhagie avoir lieu au commencement du sixième mois.

Ces pertes sont dues à ce que la dilatation de la matrice, deve-

nant de plus en plus générale, et s'étendant à la fin jusqu'à son col, celui-ci, dans son extension, que ne partage point le placenta, perd une partie des rapports qu'il avait avec la surface de ce corps, d'où résulte un décollement plus ou moins étendu, suivi d'une perte plus ou moins abondante. Cette perte est d'autant plus considérable que le terme de la grossesse est plus rapproché.

Les signes de l'implantation du placenta sur le col utérin se déduisent de l'hémorrhagie qui a lieu vers la fin de la grossesse, et qui augmente à chaque douleur pendant le travail. Si l'on porte le doigt indicateur jusqu'à l'orifice utérin, au lieu de trouver une tumeur lisse, polie et tendue comme celle qu'offre ordinairement la poche des eaux, on trouve au contraire l'orifice de l'utérus bouché par une substance mollasse, spongieuse, dans laquelle le doigt pénètre assez facilement, et qui n'est autre chose que le placenta plus ou moins décollé.

Le toucher doit être alors pratiqué avec la plus grande attention, et avec beaucoup de ménagement, afin de ne pas déranger le caillot salutaire, qui peut arrêter l'hémorrhagie. C'est ce caillot qui a fait croire que le tampon pourrait produire le même effet pendant quelque temps, du moins en attendant que l'orifice fût assez entr'ouvert et pût permettre l'introduction de la main pour aller chercher l'enfant. Mais les propriétés du tampon étant d'irriter vivement le col utérin et de provoquer sympathiquement l'activité contractile et expulsive de la matrice, on ne doit y avoir recours que vers le terme de la gestation. Alors si le décollement du placenta n'a lieu que par son centre et non par ses bords, l'effusion du sang ne pourra s'effectuer dans l'intérieur de la capacité utérine, et lors même que cela arriverait, cette capacité, trop remplie par le produit de la gestation, ne pourrait en admettre qu'une très-petite quantité.

Nous pensons donc, d'après ce qui vient d'être énoncé, que le tampon peut être employé dans le cas où le col de la matrice n'est pas assez suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de la main. On doit en même temps prescrire le repos le plus absolu, les bois-

sons rafraîchissantes, les applications froides et styptiques sur l'hypogastre; en un mot, tout ce qui est de quelque utilité pour modérer la vitesse du sang.

Il peut arriver que, dans la dilatation du col utérin pendant le travail, l'un des côtés du pourtour de l'orifice abandonne le bord du placenta, et rétablisse ainsi la liberté de cette issue à travers laquelle se présente alors la poche des eaux et la tête de l'enfant, qui par ce moyen peut être encore expulsé naturellement.

Dans le premier cas, il arrive très-souvent que les efforts de la matrice sont insuffisans pour pousser la tête et le délivre, qui la précède, dans l'excavation du bassin. L'accoucheur appelé à cette époque ne doit pas balancer à percer le placenta dans son centre, pénétrer ainsi dans la cavité de la matrice, et venir au secours de la femme avec le forceps, pour peu qu'elle courre de risque.

Dans le second cas, si la matrice est impuissante pour décoller le bord du délivre implanté sur l'orifice, et que la femme ait déjà perdu une certaine quantité de sang, il faut opérer le décollement jusqu'à ce que l'on soit parvenu sur les membranes; on les perce, et si la tête de l'enfant se trouve dans une bonne position, et que l'on puisse aisément la saisir avec le forceps, on ne doit point différer de s'en servir.

Dans toute autre situation de l'enfant, on doit également se hâter de terminer l'accouchement en allant chercher les pieds. On fait ensuite l'extraction de l'arrière-faix, mais on sent combien il est difficile d'entraîner en même temps la totalité des membranes.

De l'adhérence du placenta.

Quoique nous ayons vu, en traitant de l'anatomie du placenta, que le tissu cellulaire qui l'unit à la surface interne de la matrice est fort lâche, et que le froncement de celle-ci, quand elle vient à se contracter, peut facilement le déchirer, et rompre par conséquent l'adhésion qui existe, néanmoins les choses ne se passent pas toujours ainsi.

Quelquefois l'adhésion du placenta à l'utérus peut être assez étroite et assez forte pour résister, non-seulement aux efforts de ce viscère, secondés de ceux qu'on peut exercer sur le cordon, mais encore à l'action immédiate de la main, à moins qu'on ne veuille exposer la femme à des accidens mille fois plus fâcheux que ceux auxquels on voudrait la soustraire en la délivrant sur-le-champ.

Les auteurs anciens rapportent cette adhérence morbide aux squirrhosités de la matrice ou du délivre ; la plupart des auteurs modernes l'attribuent à l'inflammation ; mais, comme de part et d'autre on manque de preuves suffisantes, nous renvoyons à l'ouvrage de chacun, croyant plus prudent d'attendre que de nouvelles recherches viennent éclairer ce point de pathologie.

Cette adhérence est assez souvent partielle ; le plus ordinairement il n'y a que quelques lobes du placenta qui adhèrent intimement à l'utérus ; mais quelquefois l'adhérence est générale, et peut offrir alors divers degrés de coaptation. Ce fait a été observé par plusieurs praticiens, et en particulier par M. *Desormeaux*.

On peut soupçonner l'adhérence du placenta lorsque, malgré les tractions successives, la dureté et la forme globuleuse de l'utérus, on sent, en portant le doigt indicateur à travers son col, que le placenta ne vient pas s'y présenter, et ne cède pas aux tractions convenablement exercées sur le cordon ombilical ; lorsque ces tractions causent des douleurs, enfin lorsqu'elles ont déjà été suivies de la rupture du cordon.

Lorsque, après quelque temps d'attente, la délivrance ne s'effectue pas, on essaie de triompher de l'obstacle qui peut la retenir, en tirant sur le cordon parallèlement aux axes du bassin, et perpendiculairement au plan d'insertion du placenta ; et c'est ici qu'il est presque toujours utile de faire une poulie de renvoi du côté opposé à celui qu'occupe l'arrière-faix. On agit plus efficacement, et on a moins de résistance à surmonter, parce qu'on ne tire que sur quelques points à la fois.

Si le cordon ombilical a été arraché, ou s'il est trop faible pour

supporter les tractions, on cherche à introduire avec ménagement une main dans l'utérus, pour vérifier la cause présumée de l'obstacle à la délivrance, tandis que l'autre main, appliquée sur l'hypogastre, fixe cet organe; par ce moyen, on peut juger si l'adhérence est générale ou partielle, très-intime ou superficielle. Nous avons déjà parlé, dans un article précédent, des signes qui faisaient reconnaître le placenta.

L'adhérence placentaire étant bien reconnue, on procède au décollement et à l'extraction du délivre, soit en insinuant le bord cubital de la main entre ce corps et la matrice, soit, comme le propose *Heister*, en le perçant au centre ou à l'insertion du cordon, avec le doigt indicateur, qu'on promène circulairement sur la face utérine. Dans cette manœuvre, il importe beaucoup de se conduire de manière à ne pas blesser l'utérus soit par des mouvemens violens, soit par des coups d'ongle, qui ne manqueraient pas de donner lieu à des accidens graves. Lorsque aucune de ces tentatives ne réussit, que les adhérences sont trop fortes, on attend plutôt que de s'exposer à déchirer la matrice. On touche de temps en temps la femme, et si quelque lambeau du délivre se présente, on l'extrait du bout de quelques doigts, ou l'on se sert de la pince à faux germe de *Levret*. On fait dans la matrice de fréquentes injections émollientes, et même antiseptiques, soit pour faciliter le ramollissement du placenta, sa chute totale, ou l'entraînement des parties qui s'en détachent; soit pour prévenir les accidens qui peuvent résulter de la putréfaction du délivre. La propreté de la vulve, du vagin et de la matrice, doit être rigoureusement observée.

Délivrance dans le cas d'enchatonnement du placenta.

On dit que le placenta est chatonné toutes les fois qu'il se trouve renfermé en totalité ou en partie dans un kyste qui s'est formé par l'inégale contraction des parois de la matrice. La délivrance naturelle peut être possible, mais alors elle est beaucoup plus longue qu'à

l'ordinaire; car il faut que le placenta franchisse d'abord le collet qui sépare la cavité postérieure de l'utérus d'avec l'antérieure, et ensuite le col utérin, comme dans les autres cas. C'est cette même délivrance qui est désignée par *Baudelocque* sous le titre de *placenta enkysté*. L'utérus, dit cet auteur, présente la forme d'une grosse gourge, ou callebasse à deux ventres; et parmi ceux qui ont parlé sur cette espèce de chaton, les uns l'ont attribué à la structure de la matrice, les autres à ses contractions spasmodiques et irrégulières; ceux-ci ont pensé que l'enkystement n'avait lieu que lorsque le placenta s'insérait aux parties latérales de la matrice; ceux-là, quand il occupait le fond de ce viscère : c'est ce dernier sentiment, dit le même auteur, qui nous paraît plus conforme à l'expérience, et aux notions que nous avons de la structure de la matrice.

Une femme d'un tempérament nerveux et naturellement irascible, douée d'une contractilité musculaire très-prononcée, réunira toutes les conditions nécessaires qui pourront l'exposer à cette espèce de délivrance.

Lorsque, après l'accouchement, la matrice revient sur elle-même, cet organe proémine au-dessus des pubis; mais le globe utérin, au lieu d'offrir un ballon régulier, présente une tumeur bosselée, plus ou moins inégale ou allongée. Il est imprudent de temporiser dans la plupart des cas, parce que la délivrance peut se faire attendre pendant plusieurs jours, et la putréfaction s'emparer du placenta. Un pareil état est toujours plus ou moins dangereux pour la femme, tandis qu'il est possible de prévenir tout accident au moyen de la délivrance manuelle. Pour faire cette opération, on introduit les doigts l'un après l'autre dans le collet du kyste, qu'on dilate avec lenteur et précaution, et qu'on traverse ensuite avec la main tout entière, pour aller saisir le placenta. S'il existe une seconde ouverture, on en fait autant que pour la première; et dans tous les cas le cordon est un guide sûr pour arriver au délivre. Après avoir décollé le placenta, on l'entraîne au dehors sans se presser, pour donner le temps à la matrice de revenir sur elle-même, et de chasser pour ainsi

dire, la main sur laquelle elle se contracte. Les autres préceptes pour la délivrance sont les mêmes que dans la délivrance naturelle.

De la délivrance après l'avortement.

Tous les praticiens conviennent que l'art est presque nul dans les délivrances qui ont lieu par suite d'avortement depuis le premier mois de la grossesse jusqu'à la fin du troisième, parce que le fœtus, moins volumineux que le délivre, se trouve ordinairement expulsé avec ses dépendances par les seules contractions de la matrice. Cependant l'on voit des cas où la nature n'agit pas si heureusement : c'est ce qui arrive surtout pour les premières grossesses. Le col de l'utérus, n'ayant jamais souffert aucune dilatation, est ordinairement très-dur et allongé ; il cède difficilement à un corps d'une nature très-molle, et qui par conséquent n'agit pas sur lui avec assez de pesanteur pour le forcer à se dilater. C'est ici le cas où l'accoucheur doit réunir les connaissances nécessaires pour aider la nature, et prêter une main secourable à la femme pour la débarrasser.

Il emploiera comme moyens thérapeutiques la saignée du bras, si la femme est pléthorique ; si les contractions utérines sont très-violentes, si le pouls est dur et développé, et enfin si une perte vient plus ou moins compliquer le travail, les demi-bains, les injections mucilagineuses dans le vagin, seront d'une grande utilité. Par l'administration raisonnée de ces moyens, le col de l'utérus s'amollit, et se dilate graduellement ; la masse ovoïde s'engage, et la femme est bientôt délivrée. A une époque plus avancée de la gestation, le placenta n'accompagne pas le plus ordinairement la sortie du fœtus : sa rétention plus ou moins prolongée dans l'utérus peut y donner lieu à des pertes fort graves, et les difficultés pour son extraction sont d'autant plus prononcées que le terme de la gestation est plus éloigné.

Depuis le troisième mois jusqu'à quatre mois et demi, il est rare que l'expulsion du fœtus et de l'arrière-faix ne se fasse pas séparé-

ment. Le premier s'échappe, et le dernier reste plus ou moins de temps en occasionnant des hémorrhagies, soit en se décollant, soit en se putréfiant, et exposant la femme aux maladies les plus graves.

Si l'accoucheur est appelé peu de temps après la rupture de la poche des eaux et l'expulsion du fœtus, il doit d'abord explorer attentivement le col de la matrice, faire attention aux phénomènes qui ont lieu dans cet organe; et s'il y trouve une partie engagée, il s'assurera des parties qui se présentent; si ce sont les membranes, il les respectera; mais si c'est le délivre, et que le col de l'utérus ne soit pas assez dilaté, il fixera cet organe d'une main appuyée sur l'hypogastre, et de l'autre il introduira un ou deux doigts dans son orifice, soit pour ébranler la masse qui se présentera, soit pour en faire l'extraction. Si ce moyen ne suffit pas, et qu'il n'y ait pas de perte, il reviendra aux moyens déjà indiqués. Mais si une perte abondante avait lieu, et que la vie de la femme inspirât quelque crainte, il suivra le précepte de *Puzos*, qui est d'agacer le col de la matrice, cerner son orifice, pour l'engager à se contracter. Dans l'intention de faire cesser l'hémorrhagie et d'obtenir l'expulsion de l'arrière-faix, il pourra employer la pince à faux germe de *Levret*, pour peu que la dilatation de l'orifice en permette l'introduction, non pas dans l'intention de saisir le placenta, mais bien pour dilater le col de la matrice, et pour favoriser l'expulsion désirée.

Dans le cas où il n'y a pas de perte, les moyens médicaux seront d'une grande ressource; mais si la perte a lieu, le tampon proposé par *Leroux* de Dijon est le seul préférable, en ce qu'il peut, par son séjour plus ou moins prolongé dans le vagin, irriter le col de l'utérus, déterminer les contractions de ce viscère, et favoriser l'expulsion du délivre. Son application est d'autant plus précieuse dans les pertes qui surviennent après l'avortement dans les premiers mois de la grossesse, que le défaut de développement de la cavité utérine ne se prête pas à l'amas d'une grande quantité de sang dans cette cavité, et que par conséquent le tamponnement du vagin ne peut laisser craindre les funestes conséquences d'une perte interne.

Délivrance dans le cas de grossesse composée.

Lorsqu'il y a plusieurs fœtus dans la matrice, on ne doit solliciter la délivrance qu'après la terminaison complète de l'accouchement. Comme les annexes des deux fœtus adhèrent toujours entre elles, au moins par quelques points, on ne pourrait pas entraîner celles de l'un sans décoller celles de l'autre. Cependant il peut se faire que chaque fœtus ait son placenta distinct.

Dans le premier cas, on attend que tous les fœtus soient sortis pour délivrer la femme. Pour aider la délivrance, on peut saisir l'un des cordons ou l'un des placentas, et entraîner les deux délivres l'un après l'autre; mais il est mieux, plus prompt et plus sûr, de rouler les deux tiges ombilicales l'une sur l'autre, de n'en faire qu'un seul cordon, et d'agir comme dans la délivrance simple. Les placentas n'étant jamais sur le même niveau dans les organes génitaux, ils ne se présentent à l'orifice et à la vulve que successivement.

Dans le second cas, si après l'expulsion de chaque enfant un placenta se présente à l'orifice du vagin, on en fait l'extraction sur-le-champ.

En général, dans les cas de grossesse composée, la délivrance se fait attendre plus long-temps que dans les cas ordinaires, si l'accoucheur ne vient pas la solliciter; ce qui tient peut-être à ce que la matrice conserve moins de tendance à revenir sur elle-même, peut-être aussi à ce que le volume du double arrière-faix est plus considérable.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 5, *aph.* 32.

II.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Ibid.*, *aph.* 33.

III.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Ibid.*, *aph.* 37.

IV.

Mulieri menstrua si velis cohibere, cucurbitam quàm maximam ad mammas appone. *Ibid.*, *aph.* 50.

V.

Mulieri in utero gerenti, si alvus multùm fluxerit, periculum ne abortiat. *Ibid.*, *aph.* 34.

VI.

Lassitudines sponte abortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

VII.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

VIII.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

PROPOSITIONS

N° 201.

PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICALES

SUR LA SENSIBILITÉ,

ET PARTICULIÈREMENT

SUR LA SENSIBILITÉ LATENTE;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR L. BOURGOUIN.

Verba plerumque ex captu vulgi induntur atque per lineas vulgari intellectui maximè conspicuas res secant: quum autem intellectus acutior aut observatio diligentior eas lineas transferre velit ut illæ sint magis secundùm naturam, verba obstrepunt.

BAC., *Nov. Organ. LIX.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Président*.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant*.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur*. BOYER, *Examinateur*. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec, *Suppléant*.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille, *Examinateur*.
Dance.	Ratheau, *Examinateur*.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER.

L. BOURGOUIN.

PROPOSITIONS

PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICALES

SUR LA SENSIBILITÉ,

ET PARTICULIÈREMENT

SUR LA SENSIBILITÉ LATENTE.

La connaissance de la sensibilité ne se trouve pas tout entière dans l'étude du système nerveux. Tant de recherches sur la structure du viscère qui est le siége de la pensée, tant d'expériences récemment encore tentées avec ardeur sur l'origine intime des nerfs, ont peu ajouté à ce qu'on savait du temps de *Sténon*, lorsque ce savant, non moins judicieux qu'habile anatomiste, proclamait son ignorance sur la manière dont s'exécutent les fonctions du cerveau. L'explication de ces phénomènes ne se trouve pas davantage où l'ont cherchée *Descartes* et *Boërhaave;* et si la physique en approcha par la découverte du Galvanisme, ses hypothèses, devenues plus subtiles, ne suppléent pas encore au silence de l'anatomie.

Sans doute il n'y a dans la nature que matière et mouvement, qu'organes et fonctions dans la nature vivante; mais le mouvement et la matière, les organes et les fonctions, nous échappent quelque-

fois entièrement, loin de pouvoir toujours être soumis à la mécanique ou à l'anatomie. On peut croire, malgré les travaux des expérimentateurs, que l'idéologie est encore indispensable pour connaître les fonctions du système nerveux. Ceux qui rejettent fièrement cette étude nous représentent un homme qui, fermant les yeux devant un tableau, voudrait le sentir avec les doigts. En effet, tous nos sens se réduisent au toucher, toutes les propriétés des corps à des figures, toutes les sciences à la science des quantités, aux mathématiques. C'est là qu'était l'erreur de *Pythagore*, là qu'est celle des médecins mécaniciens. *Uti tota natura, sic quoque medicina debet esse mecanica*, dit *Fr. Hoffmann.*

L'idéologie peut même servir quelquefois à rectifier des observations anatomiques erronées. Il n'était pas besoin des travaux de *Scarpa* sur les nerfs de la poitrine pour rejeter l'assertion de *Berhends : cor nervis carere.* Depuis quelques années des observations d'*amnésie* ont été présentées sous une forme singulière, qui tendrait à faire croire qu'une classe de mots seulement était effacée de la mémoire par la destruction d'un point du cerveau qui en serait le siége. Or, on n'est pas surpris de voir ce prétendu siége de la mémoire des noms substantifs varier dans les différentes observations, quand on sait que les noms substantifs étant ceux de tous qui expriment les idées le moins générales, le plus rarement employées, doivent tenir le plus faiblement dans la mémoire, et s'effacer les premiers dans l'amnésie. Enfin, le système qui suppose dans le cerveau des localités déterminées et saillantes à travers le crâne, pour des aptitudes dont les objets sont innombrables, eût-il pu provoquer un examen sérieux de la part de quelques médecins, si l'analyse de l'entendement les eût rendus familiers avec l'admirable simplicité de ses fonctions.

PREMIÈRE PARTIE.

De la sensibilité en général.

La sensibilité ne peut être le sujet d'une définition proprement dite, non plus que les objets les plus simples qu'elle comprend : *une couleur, un son, la faim, la douleur,* etc. C'est ce que vous savez. Il suffira de dire que les mots *connaissance, plaisir, douleur, volonté, irritabilité,* dont la signification est la même pour tout le monde, seront ici représentés collectivement par le mot *sensibilité*, qui sera remplacé lui-même par celui d'*instinct*, quand il faudra désigner les mêmes phénomènes, moins l'*attention* et la *conscience.*

En fixant de cette manière le sens des mots, on se ferme une source d'erreurs très-commune, comme le dit *Chaussier*, qui la signale dans son *Tableau de la force vitale.* En effet, ceux qui supposent que les phénomènes de la sensibilité n'ont jamais lieu sans attention et conscience, dès que ces conditions viennent à manquer, se croient dans un ordre de faits tout différens qu'ils trouvent alors avec raison obcurs et mystérieux. Cependant les mouvemens prodigieusement compliqués d'un homme qui écrit ou qui joue du clavecin sont tous conduits évidemment par son intelligence, qui n'a pu y parvenir qu'après une suite progressive d'essais très-multipliés. Les mouvemens subits qui nous éloignent d'un péril inopiné ne sont connus par la réflexion que postérieurement : quelquefois même ces idées rapides n'ont que la durée du besoin qui les a fait naître, et ne laissent point de trace dans l'intelligence.

Le mouvement des paupières s'exécute le plus souvent sans *attention* et *conscience;* d'autres fois il est soumis à l'action de ces facultés. Une marche commencée avec l'aide de l'attention se poursuit sans elle; et, dans tous nos mouvemens, avons-nous jamais la *conscience* des muscles particuliers dont l'action répond précisément au but déterminé par l'intelligence? Le canal intestinal offre un exemple de ces nuances de la sensibilité. D'abord ses deux extrémités soumises ordinairement à l'action de la volonté, n'en dépendent pas d'une manière invariable. L'ingestion d'un breuvage qui répugne peut trouver dans la constriction violente de l'œsophage un obstacle invincible; il y a là, pour ainsi dire, une autre volonté qui s'oppose à la volonté cérébrale; celle-ci tend à procurer un bien à venir, celle-là à éviter un mal présent. Que, trompant la sensibilité œsophagienne, on introduise la même substance enduite d'une autre qui en dissimule les propriétés, dès qu'elle aura été mise à nu dans l'estomac ou les intestins, elle sera expulsée par ces organes. Remarquons que plus les fonctions deviennent internes et par conséquent uniformes, plus elles échappent à l'empire de la volonté intellectuelle ou cérébrale.

On ne peut s'empêcher de reconnaître dans les phénomènes qui viennent d'être rappelés des nuances diverses d'une sensibilité toujours une. Sans doute il est possible d'établir parmi ces nuances des lignes de démarcation, et de distinguer plusieurs sortes de sensibilité. Les anciens en admettaient trois; *Bichat* en reconnaît autant en réalité, bien qu'il n'en compte que deux dans cette suite d'antithèses dont se composent ses *Recherches sur la vie.* Mais ces distinctions, et d'autres encore, ont l'inconvénient de séparer trop les objets et de détruire leurs rapports. L'*homme double* de nos physiologistes rappelle (qu'on me passe ce rapprochement) celui d'un manichéen dont parle *Clément* d'Alexandrie, qui, appliquant au corps humain la doctrine de deux principes du bien et du mal qui se partagent le monde, disait que Dieu a fait l'homme jusqu'au nombril, et que le diable a fait le reste. Si l'on ne consent à effacer du langage les distinctions qui ont obscurci l'étude de la sensibilité, on sera réduit à dire

avec *Haller*, en abordant ce sujet : entrons dans une région de ténèbres.

S'il est vrai qu'on puisse sentir sans s'en apercevoir, et qu'il existe une sensibilité *insensible*, dans le sens ordinaire de ce mot, où faudra-t-il cesser d'admettre une telle sensibilité? où s'arrêter? Dans les végétaux, son existence n'est point démontrée, bien que l'analogie autorise à l'y admettre, comme le fait M. *Richerand*, et comme le suppose l'expression adoptée de *propriétés vitales*. Il existe entre la vie et la sensibilité, et même aussi la caloricité, une connexion dont le nœud nous échappe. Serait-ce une sensibilité diffuse, profonde, moléculaire qui constitue cet obstacle à l'action chimique des élémens qu'on appelle la vie? *Illud putredini contrarium quod vitæ nomine salutamus.* (JUNCKER.)

Faut-il accorder la vie et la sensibilité aux fluides animaux, au sang en particulier. *Ch. Lobstein*, considérant que les nerfs des artères paraissent accompagner seulement leurs gros troncs sans les suivre jusque dans le parenchyme des organes, soupçonne que les ramifications des nerfs traversent les membranes artérielles pour épancher dans le sang le fluide nerveux. On peut rejeter les conjectures de cette sorte; on peut se défier aussi de faits tels que l'expérience de *Rosa*, rapportée par *Dumas*, sur les mouvemens de diastole et de systole du sang hors des vaisseaux; mais il répugne de réduire ce fluide à un rôle entièrement passif. La liquidité exclut-elle la vie? et ne voyons-nous pas ces deux états réunis sous l'enveloppe calcaire de l'œuf? On n'attend pas sans doute un liquide vivant. Il faut au moins qu'une enveloppe solide le coërce, le défende de la vaporisation, des mélanges et des affinités; car ce serait trop attendre de la force vitale. Et n'est-ce pas là ce que nous montre l'hydatide, animal selon la plupart, pour d'autres, il est vrai, hydropisie enkystée? On en peut dire autant des solides animaux les plus denses. Les dents reçoivent des nerfs considérables; et leurs surfaces, en s'appliquant l'une sur l'autre, paraissent se sentir mutuellement, indépendamment du choc qui pourrait être transmis aux parties molles, sensation qui, d'obscure

qu'elle est ordinairement, devient très-vive et très-douloureuse lorsqu'un acide, en attaquant l'émail des dents, a peut-être mis à nu les nerfs qui se rendent à leur surface. Il est vrai que M. *Cuvier* établit sur l'inspection des dents des grands animaux une explication différente de ces sensations.

Quant aux organes et au mécanisme de la sensibilité, l'idée qu'on peut s'en faire est celle d'un fluide analogue au fluide électrique, qui a son siége dans le système nerveux, où l'on peut interrompre son action par la compression, sa source dans l'air atmosphérique pénétrant dans le sang par le poumon, et subissant là ou peut-être plus profondément des élaborations dont nous ne pouvons pénétrer la nature. Cette fonction du poumon fut admise généralement dans l'antiquité et contestée par Aristote (*περὶ πνεύματος*). Quelques chimistes ont admis dans le sang un *aura* qui s'échapperait de ce fluide dès qu'il cesse d'être contenu dans ses réservoirs; on a soupçonné aussi que cet agent n'était pas destiné exclusivement au système nerveux. On a rapproché de la substance du cerveau le fluide sécrété par les testicules, et l'on a cru reconnaître une analogie entre le sperme et la pulpe cérébrale, spinale et nerveuse. Ainsi, comme le sang est de la chair coulante, le sperme serait du cerveau fluide, selon l'idée des anciens; la substance qui préside aux actes de l'organisme animal serait de même nature que celle qui en transmet les germes : *et ambæ conceptiones*, dit Harvé, *sunt prorsus immateriales*. Ainsi un même agent dans le cerveau, dans le sperme, dans le sang, dans les muscles, serait le principe de la force déposée dans ces organes.

Les objections que l'on peut tirer de l'insensibilité du sperme et du sang ont peu de valeur, puisque le cerveau lui-même ne jouit qu'à un très-faible degré de la sensibilité dont il est la source la plus abondante.

Ce fluide, admis long-temps sous le nom d'*esprits animaux*, rend très-naturellement compte des phénomènes. C'est une hypothèse du même ordre que celles de l'attraction, la lumière, l'électricité, etc., utiles à la concision et à la clarté du langage.

Ainsi la soustraction, l'épuisement du fluide nerveux, voilà la lassitude, le collapsus qui succède à l'action, à l'excitation : l'accumulation du même fluide, voilà le besoin d'action et d'excitation qui suit le repos et le sommeil.

On concevra aussi pourquoi la sensibilité se comporte à la manière des fluides, qui s'étendent d'un côté quand ils se retirent d'un autre; pourquoi une marche prolongée ne soustrait pas seulement les forces des membres locomoteurs, ou de tout le système musculaire, mais aussi celles de la pensée, et même, si la fatigue était portée à l'excès, celles des organes destinés aux fonctions essentielles, d'où résulterait la mort.

Analyse de la sensibilité.

La plus simple des sensations est celle qui résulte du contact d'un objet sur le corps d'un animal. Cet effet du contact varie un peu, suivant les parties qui le reçoivent; la peau considérée elle-même dans différentes régions, celle de la main en particulier, les muqueuses, un muscle dénudé, etc.; mais par tout il en résulte la perception plus ou moins nette de la forme, de la température, de l'âpre ou du poli, etc.

Outre ces sensations, particulièrement appelées *tactiles*, le contact produit d'autres impressions d'une nature spéciale. Ainsi, dans la bouche, sur différens points de la muqueuse buccale et pharyngienne, à la luette, mais sur tout à la langue, le contact des substances solubles détermine les impressions *sui generis* du goût. Des impressions analogues mais, moins distinctes, ont lieu dans la suite du canal digestif. Comme le goût n'est excité que par les corps susceptibles de prendre la forme liquide, de même l'odorat, qui a son siége dans la membrane de *Schneider*, ne perçoit que les corps aériformes ou fluides élastiques. *Fourcroy* pense que l'*arome* des corps solides ou liquides n'est autre chose que la partie de leurs molécules intégrantes qui est dissoute dans l'atmosphère. L'ouïe et la vue s'exer-

cent sur des objets encore plus subtils, et complètent le nombre des cinq sens principaux.

Les autres modifications du toucher ont été moins distinguées parce que, situées plus profondement, elles sont plus uniformes, moins vives, et indépendantes de notre attention. Le physiologiste qui néglige de les reconnaître se trouve contraint, pour expliquer leurs effets, de recourir à des causes occultes. Telles sont les sensations: de la *faim*, qui a son siége spécial dans l'estomac, et s'étend même jusqu'aux secondes voies; de la *soif*, dont on distingue deux espèces, l'une, soif de la digestion, qui se rapporte à l'estomac, l'autre, soif de la transpiration, qui a son siége d'abord dans le pharynx, puis partout où se fait sentir l'impression d'un sang dépouillé de sa partie aqueuse; du *besoin d'air*, qui se rapporte au poumon; du *besoin de mouvement*, qui a son siége dans le système musculaire, ainsi que la *sensation des résistances*, soit de pesanteur, soit de dureté, etc.: il faut y joindre le *sens de l'amour*, que l'on peut même placer parmi les sens externes.

Par ce qui est dit du siége des sensations considérées comme internes ou externes, il est clair qu'il ne faut entendre que le point ou s'applique l'objet qui les détermine; car toutes les sensations ont également leur siége dans un organe mêlé à tous les autres, ramifié dans leur substance, dont il s'isole ensuite pour former des masses, mal-à-propos dites *centres nerveux*. C'est dans ces centres nerveux exclusivement qu'existent les sensations qui nous restent à énumérer, et qui n'ont plus besoin pour se produire des surfaces internes ou externes.

On sent parfois un membre amputé depuis long-temps, on entend encore une cloche qui a cessé de vibrer; cette sensation des objets absens est la mémoire; elle est la base de l'imagination, des rêves, des hallucinations, etc. Après la mémoire, qui conserve ou fait reparaître les sensations isolément, vient le jugement, qui les combine; c'est, pour employer les expressions d'*Hippocrate*, une espèce de mémoire qui rassemble et met en ordre les impressions reçues par les sens. C'est en effet un sens distinct comme la mémoire, l'imagi-

nation, etc. ; et cette considération rend sans force l'objection commune que l'on tire d'*Homère* et *Milton* aveugles. Le développement d'un sens n'entraîne pas nécessairement celui d'un autre. L'extension qu'il est facile de procurer à deux de nos sens par l'usage des lunettes et du cornet acoustique, n'influe point sur l'intelligence ; on peut perfectionner son odorat sans avoir la vue meilleure ; on peut avoir beaucoup de mémoire et peu de jugement, etc.

Ces sensations peuvent être appelées représentatives ou objectives, pour les distinguer des sensations affectives qui, combinées avec elles, constituent les passions, joie et tristesse, espérance et crainte, amour et haine, etc.

Jusqu'ici la sensibilité doit être dite *passive* dans un langage exact, puisqu'elle n'a fait que recevoir l'impression des corps extérieurs sans exercer aucune action sur eux. C'est avec le mouvement que l'action commence ; la faculté qui le détermine est la volonté : *Voluntas mens est agens corporeum* (K. Boerhaave) ; car c'est la sensibilité, c'est le système nerveux qui fait le mouvement ; ce n'est pas plus le muscle que ce n'est l'œil qui voit : l'œil est un instrument d'optique ; le système musculaire un appareil de mécanique.

De l'habitude.

Ce phénomène est propre aux corps organisés. L'observation triviale apprend que l'habitude est une seconde nature ; un examen plus réfléchi conduit à reconnaître que la nature peut n'être qu'une première habitude.

Plongés dans un fluide qui nous presse et nous pénètre sans cesse, nous n'en recevons aucune impression sensible, précisément parce que sa présence et son action ne sont jamais interrompues. C'est une conséquence nécessaire des lois de la sensibilité, que l'air soit incolore, inodore et insipide. Si la couleur rouge était celle du ciel ou de la terre, elle ne produirait qu'une impression peu vive sur des organes dont la sensibilité s'y serait adaptée ; car ce ne sont pas les couleurs qui

s'accommodent à notre vue : la physiologie doit s'interdire ce langage, qui substitue l'illusion des causes finales à la réalité des *nécessités d'organisation.* L'eau, qui est continuellement en contact avec nous par l'atmosphère dans laquelle elle est dissoute, par les végétaux qui nous substantent, par les liquides qui circulent dans nos vaisseaux, ne jouit pas de propriétés moins énergiques que l'alcohol, par exemple, dont l'impression sur nos sens est bien plus vive : sa force dissolvante est surtout l'indice d'une énergie dont nos sens éprouveraient l'impression s'ils n'étaient émoussés par un contact habituel. A plus forte raison notre système nerveux ne reçoit pas l'impression des organes dans lesquels il est implanté ; la peau ne sent même plus les vêtemens qui la couvrent. Tels sont les effets de l'habitude : elle nous forme, si l'on peut emprunter cette comparaison à l'art de la peinture, le fond sur lequel se détachent nos sensations, d'autant plus vives qu'elles en diffèrent davantage. Son influence est manifeste, même dans des fonctions où l'action ordinaire de la sensibilité ne paraît pas, l'assimilation, par exemple. Un homme accoutumé à un régime succulent, s'il en est privé tout à coup, et réduit à l'usage du pain, présentera bientôt les symptômes de cette lésion de la nutrition qui constitue le vice scorbutique ; c'est que ses organes ne se sont pas appris, comme ceux du pauvre, à tirer du pain toute la substance assimilable qu'il peut fournir. C'est la même cause qui fait la salubrité de l'air natal, et le danger qui résulte des grandes mutations de climat. Un homme enfermé dans un cachot infect depuis plusieurs années peut éprouver, si on le transporte brusquement dans un air pur, des accidens graves. Des expériences sur la propriété nutritive d'une substance, sur la respirabilité d'un gaz, sont radicalement nulles, si l'on ne tient compte de l'habitude. Il faut opérer la substitution par degrés pour savoir si le gaz hydrogène, par exemple, est respirable, comme l'ont pensé *Schèele* et *Bergmann.*

Vainement a-t-on voulu établir une distinction entre le sentiment et le jugement ; l'habitude émousse également l'un et l'autre. C'est l'attention qui perfectionne le jugement, et qu'on a sans doute con-

fondue avec l'habitude, quoiqu'elle n'ait qu'un élément commun avec elle, le temps

De la sensibilité latente.

Toutes les opérations de la sensibilité peuvent avoir lieu à l'état latent. Cette forme peut être primitive, congéniale; nous voyons aussi que l'habitude la donne à des sensations d'abord distinctes.

Instinct. Ainsi il existe un instinct acquis, auquel on refuse souvent ce nom, parce qu'obligé de sentir, en le voyant se former, qu'il n'est qu'une variété de la sensibilité ordinaire, on méconnaît ses rapports avec l'*instinct congénial,* dont l'origine se perd dans celle de l'organisation, et laisse de la place pour une cause occulte et mystérieuse.

Le siége de la plupart des sensations instinctives est situé profondément. On conçoit que des sensations soustraites aux variations extérieures tombent par cela même sous l'empire de l'habitude. Mais est-il exact de restreindre, avec *Cabanis*, le siége de l'instinct dans les viscères? Le poulet qui court becqueter le grain en sortant de l'œuf, l'enfant qui saisit le mamelon nous montrent quelque chose de plus que la sensation viscérale de la faim, et même que celle du goût. Ces actes supposent, dans les combinaisons de l'entendement qui les déterminent, des impressions tout à tout fait externes.

Si l'on ne voit pas ces phénomènes s'établir dans les individus, s'ils ne sont pas de ceux que l'habitude, sous nos yeux, rend faciles et spontanés, c'est-à-dire *instinctifs*, n'ont-ils pu s'établir de même dans les espèces? Ignorant absolument de quelle manière des sensations qui ont disparu se conservent au-dedans de nous pour reparaître ensuite, il m'est impossible d'affirmer que cette faculté ne peut appartenir aux espèces comme aux individus, et que des idées qui sont gravées dans l'organisation ne peuvent pas se transmettre avec elle. Cette idée aura toujours contre elle un penchant naturel de l'esprit, le même qui fait croire aux enfans que les grandes personnes ont toujours été telles

qu'ils les ont toujours vues. Les mythologies, qui ont imposé tant d'erreurs à la physique, fortifient encore cette disposition par l'idée qu'elles nous donnent de l'origine des espèces. Mais les notions de l'histoire naturelle sont différentes. On ne peut se refuser à l'idée d'une commune origine pour ces groupes si bien désignés par le nom de *familles*. L'examen des espèces vivantes et celui des espèces qui ne sont plus, et dont les dépouilles sont classées dans les couches successives du globe s'accordent pour attester que la nature, qui ne tire rien du néant, avare de créations, a formé lentement les êtres vivans d'un petit nombre de types variés de mille manières, d'autant plus féconde que son activité s'exerçant sur une matière molle, a pu multiplier ces transformations dont le Protée des mers est l'emblême : *Natura incipit à fluido et desinit in solidum.* (Fr. Hoffmann). Il y a plus, cette nature plastique ne serait autre chose, suivant l'idée de *Stahl*, que la sensibilité, interprète des besoins, qui aurait présidé au développement des organes en le dirigeant partout où les besoins l'appelaient. Quoi qu'il en soit, il est certain que des instincts purent s'établir alors. Nous en voyons encore se former et croître sous nos yeux dans des individus ou des races. L'âge et l'expérience forment l'instinct des lièvres, des renards, etc. Les insectes ou les oiseaux renfermés pour la première fois dans nos maisons, trompés d'abord par la diaphanéité des vitres qu'ils prennent pour celle de l'atmosphère, s'obstinent long-temps à vouloir les franchir, jusqu'à ce que, s'apercevant enfin de leur erreur, ils apprennent à reconnaître cet obstacle et à l'éviter. L'instinct chasseur des chiens développé par l'éducation se transmet à leurs petits. C'est peut-être en partie pour la transmission des instincts dans les espèces que le cerveau est si volumineux chez le fœtus, et le *primùm vivens* de l'embryon.

Nature médicatrice. On appelle ainsi cette tendance à conserver et à réparer, différente de la force d'inertie d'un mécanisme ordinaire, et propre à l'automatisme de la vie : c'est une fonction accidentelle, et

les phénomènes pathologiques sont la suite de ceux de la physiologie.

Quelques-uns, persuadés que ce mot exprime une idée différente, telle que celle que toutes les maladies guérissent d'elles-mêmes, et que la médecine est superflue ou nuisible, combattent cette idée en citant l'exemple des *fractures*, etc. Mais la *nature médicatrice* qu'ils combattent ainsi n'est point celle qui a été admise par tous les médecins praticiens les plus illustres : *Stahl* lui-même ne permet pas de se méprendre sur les caractères de cet instinct, auquel il reconnaît *bonam intentionem*, MALAM INVENTIONEM, *in genere bonam voluntatem, bonum intellectum; in specie utrumque* ERRABUNDUM INSTABILEM, VAGUM. (Præf. *Th. Med. Ver.*)

La nature médicatrice est un instinct; à ce titre elle est aveugle et bornée. Comme le mouvement conservateur qui fait reculer tous les animaux à l'aspect du danger les jette quelquefois dans le précipice; comme le goût, indice presque toujours fidèle des besoins de l'assimilation, se révolte parfois contre un breuvage salutaire, ainsi l'instinct qui nous occupe, amas incertain, comme dit *Stahl*, de mouvemens tumultueux et souvent funestes, est caractérisé néanmoins par une tendance générale à la guérison : *salutares interdùm corpori; eò saltem tendentes, imò connitentes.*

Les moyens de la nature médicatrice se réduisent presqu'à un seul, l'expulsion. C'est le terme de tous les efforts qu'elle déploie et qui se manifestent dans le système nerveux par des sympathies spéciales; dans les solides, par des exanthèmes; dans les humeurs, par les sécrétions suivies d'excrétions subites (*crudité, coction, crise*). Inflammation, suppuration, ouverture de l'abcès, voilà les trois temps de la longue opération par laquelle la nature se délivre de l'épine enfoncée. Si l'attaque est plus forte, la réaction s'étend à toute l'économie, et produit la fièvre, qui n'est qu'une inflammation générale, comme l'inflammation est une fièvre locale. La peau se ferme, les excrétions sont interrompues, et le calorique est concentré dans l'intérieur; puis les liquides s'épaississent, s'élaborent. Tout concourt à ce

grand travail ; il devient pour quelque temps l'unique fonction de l'économie ; toutes les autres sont suspendues ou ralenties ; de là l'anorexie, l'aversion pour le mouvement, et tous les phénomènes généraux des maladies aiguës. Enfin les liquides s'ouvrant une voie par les sueurs, les urines ou les selles, entraînent au-dehors les matériaux dont ils se sont chargés, et achèvent la dépuration de l'économie, tandis que des exanthèmes reproduisent pour les solides la même tendance et les mêmes efforts. Ces évacuations abondantes n'équivalent-elles pas à nos saignées, nos purgations, etc.? et les exanthèmes n'assurent-ils pas l'effet que nous provoquons par des vésicatoires? Ces saignées naturelles, ces vésicatoires spontanés, sont des moyens puissans par lesquels s'exerce cette médecine de la nature, à laquelle l'art doit s'associer activement. Les dartres du visage chez les personnes à poitrine étroite et délicate, la teigne chez les enfans disposés aux affections du cerveau, etc., sont des révulsions aussi fréquentes que salutaires, et le médecin pénétré du dogme de la nature médicatrice comprend seul combien il importe de les respecter.

Il est superflu de dire que toutes les terminaisons salutaires des maladies qui arrivent sans le secours de l'art ne doivent pas être rapportées à la nature médicatrice. Ainsi, que les grandes hémorrhagies s'arrêtent quelquefois par la syncope, cet heureux résultat est dû tout entier à des rapports mécaniques. Par la même méprise de langage, un chirurgien nomme la nature médicatrice à propos de calculs urinaires sortis par l'urètre.

DEUXIÈME PARTIE.

Le genre des idées varie selon une foule de circonstances; il n'est pas le même le matin et le soir, à la lumière et dans l'obscurité, avant et après le repas, etc. Mais qu'il me soit permis de citer les paroles d'un philosophe : « Le caractère des hommes même qui en ont le plus subit de très-fréquentes variations que lui impriment les changemens qui se succèdent dans leur corps même en état de parfaite santé, et dont les plus inévitables sont ceux qui dépendent des phases de la période nycthémère. Le commun caractère est de n'en point avoir. Les faiseurs de romans et les historiens vulgaires font abstraction de toutes ces choses. »

Parcourons les modifications qu'imprime à la sensibilité l'état de l'organisation considéré d'abord dans les animaux, puis dans l'homme, selon l'âge, le sexe, etc.

I. *Dans les animaux.* Parmi les invertébrés, les insectes se distinguent par l'extrême vivacité de leurs mouvemens et l'étendue de leurs instincts, ce qui a fait dire d'eux : *Ingentes animos angusto in pectore versant.* Ils possèdent en même temps une respiration fort intense, accomplie par des trachées ou poumons, dont une paire correspond à chaque anneau abdominal. On peut voir là le rapport de la respiration et de la sensibilité dont il a été question. Les Arachnides, si remarquables par l'étendue de leur sensibilité, sont, il est vrai, dé-

pourvues de trachées ; mais leur système nerveux est beaucoup plus développé que celui des insectes. Le même rapport se trouve dans les vertébrés. Ceux qui ont un sang froid, c'est-à-dire une respiration peu active (reptiles et poissons), ne sont doués que d'une faible sensibilité ; on observe que chez eux elle est diffuse dans tout le corps, où elle survit souvent à l'ablation des centres nerveux. C'est sur les Bathraciens que les phénomènes du galvanisme se manifestent le mieux, et plusieurs poissons possèdent un appareil électrique. Chez les vertébrés, et les mammifères en particulier, l'intelligence se déduit assez bien de la mesure du crâne déterminée au moyen de l'angle facial. M. *Cuvier* se sert de ce caractère pour distinguer les espèces les plus élevées, et l'on remarque dans son tableau qu'il y a plus de distance de l'espèce caucasique à l'espèce nègre, que du Nègre au singe. On sait que le crâne du Nègre, outre sa moindre capacité, diffère encore par le diamètre plus grand des trous qui livrent passage aux nerfs. C'est peut-être à la prédominance des nerfs dans cette espèce que sont dues les convulsions auxquelles elle est sujette, et qu'on rapporte ordinairement à la chaleur du climat.

II. *Dans l'homme, selon l'âge.* Quand le fœtus, excrété par l'utérus, est jeté à la lumière, suivant les expressions de *Linné*, c'est d'alors seulement que l'on compte sa vie et que la femme est mère ; c'est aussi d'alors que les philosophes, qui ont remonté à l'origine de nos idées, commencent à en suivre les traces. Ils supposent que l'entendement n'a reçu encore l'empreinte d'aucune idée (*tabula rasa*) ; imitant, dans cette *synthèse intellectuelle*, le procédé des chimistes, ils font, pour ainsi dire, le vide dans l'intelligence, et s'assurent ainsi de la pureté des élémens qu'ils vont y introduire pour en observer les combinaisons. Ils n'ignorent pas que le fœtus a éprouvé beaucoup de sensations, mais des sensations latentes, dont il serait difficile d'assigner l'origine et de suivre le développement. C'est dans les premiers instans qui suivent la naissance, que la sensibilité est, pour ainsi dire, assaillie par les objets extérieurs. C'est dans la première enfance

que se forment ces associations d'idées qui se réveillent les unes les autres, des instincts, des penchans qui décideront des âges suivans, et dont la source sera ignorée. L'origine de quelques-uns de ces instincts a été fort bien développé par *Mandeville*. La puberté est est le signal d'une énergie nouvelle qui, comprimée par les barrières de la société, va former les orages des passions. C'est de cette époque que se montrent les vésanies : personne à cet âge, à moins d'une sensibilité grossière, n'est exempt d'une légère hypochondrie. Vers trente-cinq ans, à l'âge que *Linné* distingue par le nom d'*héroïque*, la sensibilité a acquis toute sa plénitude; elle se soutient encore pendant la maturité, pour décliner jusqu'au dernier instant. Il paraît que l'approche de la mort s'annonce dans l'organisme par un travail qui ne ressemble à rien de ce qu'on a éprouvé, et dont le mourant peut, avec assez de précision, apprécier le progrès et annoncer le terme.

III. *Selon le sexe.* L'examen comparatif de la structure générale dans les deux sexes nous apprend pourquoi le génie semble être un attribut de la virilité. En effet, le squelette de la femme est caractérisé par le développement de son centre aux dépens de ses extrémités. La largeur du bassin, la petitesse des mains, des pieds et du front sont des traits de toute femme bien organisée. Les plus remarquables par leur intelligence s'éloignent de ce type, qui est celui de la beauté; elles ont les hanches étroites, les extrémités alongées et le crâne plus développé : tout chez la femme se rapporte à l'utérus. Cette infériorité forcée du cerveau tourne au profit de la sensibilité nerveuse, plus délicate, plus prompte et plus exquise chez la femme. Une autre nécessité d'organisation concourt peut-être au même résultat : la surface destinée chez elle au contact sexuel reçoit du seul fait de sa situation interne le double avantage d'une sensibilité plus vive sur une étendue plus grande, juste et nécessaire compensation du fardeau qui lui est échu dans le partage des sexes.

Il ne faut pas croire pourtant que l'extrême délicatesse nerveuse

que nous voyons dépende essentiellement du sexe : la femme des campagnes dément ces descriptions systématiques faites dans les grandes villes d'après les résultats de l'oisiveté et de la mollesse. L'émotion la plus légère peut bouleverser en un instant ces frêles économies ; et cette délicatesse, qui constitue pour beaucoup de femmes un véritable état maladif, les livre sans défense aux coups que la société leur prépare. Combien n'en voit-on pas succomber à des phthisies, des maladies abdominales, des carcinomes, suites visibles d'un chagrin qui les a frappées ! La contrainte imposée à ce sexe lui imprime encore un caractère qui se dessine nettement chez les vieilles filles, en proie aux affections du mouvement des sensations et des idées, des névroses et des vésanies, des extases, des illusions, déviation stérile de forces que la nature destinait à un autre usage.

IV. *Selon le climat.* Dans les climats froids, les organes accoutumés à recevoir une sensation forte ne sont plus accessibles aux impressions légères. Le tissu cellulaire, mieux appelé *tomenteux* de la similitude de ses usages, en formant des couches plus épaisses contribue aussi à émousser la sensibilité. C'est cette sensibilité grossière qui leur permet de passer subitement des étuves dans l'eau glacée. Outre que la transition brusque de leurs saisons les familiarise avec le changement de température, il paraît que les bains froids les échauffent par la réaction qu'ils provoquent. La réaction contre le froid est le trait auquel tout se rapporte ; ils la favorisent par un régime abondant. La lutte continuelle contre l'atmosphère exerce et développe leurs forces, et du sentiment de leurs forces naît le courage. On a remarqué que les empires se sont étendus presque toujours du nord au midi. On entend alors par les contrées du nord celles qui sont comprises depuis le quarante-cinquième degré jusqu'au soixante-quinzième seulement, car au-delà l'excès du froid accable.

L'influence de la température sur la sensibilité s'exerce en partie par l'intermédiaire de la transpiration. On connaît les rapports étroits qui unissent ces deux fonctions, constatés par les expériences de

Sanctorius. *Cutis, sudorum instrumentum*, dit Morton, *est nervea membrana et ad nutum spirituum animalium poros suos facillimè contrahit et dilatat.* Toutes les fois que cette excrétion ne s'opère pas librement, ses produits en refluant dans l'intérieur de l'économie y déterminent une stase, une sorte d'obstruction générale et un malaise très-sensible. L'atmosphère saturée d'humidité produit cet effet. Le froid de l'hiver force la peau de se fermer, et c'est ainsi que dans cette saison l'homme joint à un sentiment vif de ses forces une disposition à la dureté. La membrane muqueuse est le siége d'un travail analogue : le ventre libre ou resserré correspond à la peu sèche ou moite. Lorsque nos organes, montés pendant l'hiver sur le ton de la réaction, reçoivent les premières impressions du printemps, nous avons alors de la force en excès; cette force se dissipe par une sorte d'épanouissement. La langueur et la tristesse de l'automne, effet du froid qui commence à nous surprendre, annoncent le retour nécessaire de cette réaction.

Dans les climats humides, l'horizon rétréci d'un ciel brumeux resserre et obscurcit l'imagination. Si à ce climat correspond un sol montagneux et couvert de forêts, comme l'Écosse ou l'Allemagne, les hommes seront disposés inévitablement aux idées superstitieuses, et leur imagination peuplera ces contrées de sorciers, de revenans, etc.

Par un effet spécial des émanations qui s'élèvent des eaux stagnantes, l'imagination languit et s'éteint. La fétidité en serait-elle la cause? L'odorat exerce une action profonde sur la sensibilité. La facilité avec laquelle il excite ou apaise des convulsions, des lipothymies, semble justifier le nom qu'il a reçu de *sens de l'imagination.* Les affections nerveuses sont rares en Sologne, et je ne doute pas que les personnes qui en sont tourmentées ne pussent avec succès être envoyées aux eaux dans quelque pays semblable. Dans une atmosphère sèche et pure, comme celle des contrées de l'Orient, chargée seulement de l'arome des végétaux que le soleil à mûris, l'imagination acquiert toute la force et l'expansion dont elle est susceptible, et qu'elle acquit chez les Grecs. Leurs fictions, qui nous en offrent sans cesse le modèle, nous en

donnent aussi le secret lorsqu'elles nous montrent le dieu du soleil, le vainqueur du serpent Python (emblême du climat humide), présidant l'assemblée des muses sur une montagne.

V. *Selon le régime.* Les deux principales différences de régime se rapportent aux climats. Dans les climats froids, un régime animal abondant est nécessaire, et des liqueurs alcoholiques aident ce grand travail de la digestion, qui n'a peut-être d'autre but que de développer du calorique dans l'intérieur de l'économie, tandis que la peau en se fermant arrête celui qui serait emporté par la vapeur de la transpiration. Ils mangent pour se chauffer. Le régime végétal, au contraire, convient aux climats chauds. Une poignée de riz par jour suffit à un Indien. Les boissons aqueuses abondantes sont nécessaires pour réparer les pertes de la transpiration. On a remarqué que les liquides récrémentitiels sont en général alkalins, tandis que les excrémentitiels sont acides. Le liquide de la transpiration est de cette dernière nature; le papier tournesol rougit appliqué sur la peau (*Berzélius*). Or, par l'effet de cette excrétion très-abondante, la prédominance laissée à l'alkali dans le sang peut bien produire cette sensation d'âcreté, qui est ressentie particulièrement au pharynx. On expliquerait ainsi pourquoi les boissons acidules apaissent d'une manière si marquée cette sorte de soif. Les parfums sont d'un grand usage dans ces climats; ils paraissent y tenir lieu de nos alcoholiques. On raconte, disait *Marsile Ficin*, que dans certains pays chauds les hommes ne vivent presque que de parfums (*quasi solis odoribus ali*).

On dit vulgairement que les individus qui ont été allaités par la chèvre présentent dans leur caractère et leurs habitudes des traits dont l'analogie rappelle cet animal. Ce fait, que des médecins croient aussi avoir observé, ne doit pas être rejeté comme impossible. L'impression produite par un lait de saveur très-piquante, ne fût-ce que sur le goût, peut déterminer chez l'enfant des mouvemens vifs et brusques dont l'habitude se conserve toute la vie. En quelque point de l'économie qu'un stimulant soit porté, il y rencontre partout

le système nerveux. Serait-il absurde de rapporter le caractère de la chèvre elle-même à la nature de son lait ?

Influence de la sensibilité.

Faut-il croire qu'un individu qui avait avalé des pilules de mie de pain, croyant prendre des pilules purgatives, ait évacué dix-sept fois par la force de l'imagination ? L'influence de l'imagination de la mère sur le fœtus ne serait rejetée par les médecins, si l'on en croyait *Bordeu*, que parce qu'ils ne peuvent l'expliquer. *Grimaud* va plus loin, il attribue à l'imagination de la femme la formation des môles. *Charas* ne prétend-il pas que le liquide contenu dans les vésicules de la vipère n'est pas vénéneux par lui-même, et n'a cette qualité que quand l'animal est irrité ?

Pas de fait merveilleux qui n'ait été admis et expliqué à la faveur de l'imagination. La guérison des écrouelles par l'attouchement, les cures mystiques, etc. Les Éphémérides des curieux de la nature fournissent en ce genre de quoi rassasier la crédulité la plus avide.

Il faut placer ici le genre d'extase particulier à ceux que l'on croit doués de la faculté d'entendre les langues qu'ils n'ont point apprises, de voir au travers des corps opaques et de toutes les distances, etc., crédulité qui prend ordinairement sa source chez des femmes, mais qui se propage aisément et gagne jusqu'aux médecins. Telles étaient dans l'antiquité les Sybilles, dont l'accès prophétique, sauf la part toujours large qu'il faut faire à l'imposture, doit être rapporté, comme il l'est par *Aristote*, au système nerveux exalté par un célibat prolongé. Quand les oracles eurent cessé et que le bon *Plutarque* en cherchait la cause dans les émanations terrestres épuisées, les possédés du démon les remplacèrent. Les possédés se multiplièrent dans le cours du moyen âge. On commença fort tard à les présenter à l'examen des médecins, qui fixèrent des signes pour distinguer la vraie possession de la fausse. La formule *ad fumigandos et fugandos dæmones* contenait de l'assa-fœtida, médicament approprié à ces

symptômes nerveux. Le diable, dit naïvement *Paul Zacchias*, est du tempérament mélancolique. On sait qu'un usage des Juifs, qu'ils rapportaient à *Salomon*, était d'appliquer au nez de leurs possédés une certaine racine dont l'odeur était si insupportable, que le diable était forcé de sortir.

Lors des persécutions exercées contre les protestans réfugiés dans les Cévennes, ces malheureux étaient pris presque tous de la manie de prophétiser. L'accès était ordinairement accompagné d'un état de sommeil. Il y avait beaucoup de jeunes prophétesses, et plusieurs d'entre elles, au moment de l'accès, sentaient quelque chose qui décrivait des circuits dans le ventre et s'élevait au-devant du cou pour y déterminer le sentiment d'une suffocation imminente. Dans cette épidémie, et dans celle du cimetière Saint-Médard, également de nature mystique, il n'est déjà plus question de possessions; elles vont cesser, comme jadis les oracles, et l'Allemagne même où le seizième siècle s'est survécu dans la littérature du dix-huitième, cesse de produire des dissertations médicales sur le diable. *Fr. Hoffmann*, *Alberti*, *Haën* l'ont osé pour la dernière fois. Déjà l'on expliquait par des théories physiques ces phénomènes nerveux, exagérés par la crédulité et l'imposture. Le magnétisme animal succédait aux possessions. l'Écossais *Maxwel* ne put trouver dans les trois royaumes un seul libraire qui voulût se charger de son manuscrit. La philosophie, qui a pris naissance en Angleterre, écarte de son berceau ces conceptions *excentriques*, qui reçoivent ailleurs un accueil trop facile. L'Allemagne reçut le livre de *Maxwel*, ses idées se répandirent, et ce fut avec cette théorie que *Mesmer* vint réveiller en France les extases assoupies avec les convulsions de Saint-Médard, et exploiter les névroses qui pullulaient dans l'oisiveté du dix-huitième siècle. Il attira à lui des oisifs, des courtisans, des femmes. La curiosité d'une femme placée au rang le plus éminent appela l'examen des savans sur les faits merveilleux qui constituaient cette prétendue découverte, et les académies en firent une justice qui paraissait complète, lorsque récemment l'Académie de Médecine a cru devoir revenir sur ce sujet.

Affections de la sensibilité.

Il est utile de se livrer à quelque passion qui soit en rapport avec l'organisation particulière de chacun. Elle devient le principe d'une force qui s'imprime à tout l'organisme, fait pénétrer partout le bien-être avec un sang qui circule sans obstacle, active la digestion, les sécrétions, et, le cercle des fonctions parcouru, rapporte au cerveau l'influence qu'elle en avait reçue. C'est le plus précieux de tous les stimulans. Mais l'effet salutaire ne se trouve que dans certaines limites trop faciles à franchir. Les hommes, dit *Bordeu*, sont tous plus ou moins affectés de quelque passion qui tient en échec les mouvemens de l'économie animale. L'enfance même n'en est point exempte, et l'envie imprime quelquefois son marasme à l'âge de l'innocence et de la fraîcheur. C'est surtout après la puberté que se montrent fréquemment des affections qui ont leur source secrète dans les idées ; le trait qu'on rapporte d'*Hippocrate*, d'*Érasistrate*, de *Galien*, de *Forestus*, peut s'offrir à la sagacité de tous les médecins. (*Febris amatoria*, SAUVAGES.)

L'état de l'âme complique fréquemment les maladies. La prostration est facile chez un sujet pusillanime, et l'espérance peut relever le pouls. Quelquefois dans l'hémoptysie, dit *Quarin* (*Malad. chroniq.*), quoique le pouls soit plein, on le trouve cependant inégal, petit et faible par l'effet de la frayeur ou du spasme, mais à peine a-t-on saigné qu'il prend son véritable caractère.

Le médecin doit donc se familiariser avec l'étude des passions, principalement de leurs signes. C'est une partie du diagnostic qu'il lui importe de posséder, surtout dans les grandes villes, où abondent ces affections dont il chercherait vainement le remède dans la matière médicale, pour une méprise facilement funeste à sa considération.

La séméiotique des mœurs et des passions (*Physiognomonie*) est une branche d'observations qui partage souvent la proscription de

la philosophie. L'article *Physionomie* de l'Encyclopédie exprime les idées communes sur ce sujet. La physiognomonie y est d'abord renvoyée au rang des *sciences imaginaires* ; puis on suit l'opinion de *Buffon*, que l'âme étant immatérielle, son état ne peut correspondre à celui des organes ; qu'à la vérité les yeux peuvent bien fournir quelques indices de l'état de l'âme, mais que le nez, par exemple, ne le peut pas, et qu'il est ridicule de chercher de tels rapports. Ainsi les médecins du treizième siècle disaient la tisane inutile dans la fièvre, parce que la tisane est une *substance* et la fièvre un *accident*.

Pour les distinctions de l'état des *forces vitales*, d'une appréciation si difficile et si importante dans les fièvres, quel meilleur guide qu'*Hildenbrand ?* Les forces en excès, dit-il, finissent par s'affaiblir et s'épuiser, d'où naît la débilité. Quand elles sont accablées par des obstacles, comme la pléthore, on doit se hâter de les éloigner; car, lorsque cet état d'oppression des actions vitales est trop prolongé, les forces, qui ne s'entretiennent que par un exercice continuel, s'épuisent et s'éteignent : alors survient la débilité vraie, et de là un grand empêchement aux crises.

Des maladies, entretenues d'abord par des causes matérielles, peuvent persister ou reparaître après que la cause a cessé d'agir. Les fièvres intermittentes se prolongent souvent ainsi par le seul effet de l'habitude.

Hygiène de la sensibilité.

Faire le meilleur emploi et la plus juste distribution de ses facultés est un art dont on ne peut donner les règles. Il ne faut pas compter la mnémotechnique parmi les moyens propres à aider le développement de l'esprit. *Bacon* et d'autres philosophes ont apprécié dès longtemps cet art et la vanité de ses promesses. Il en serait de même de quelques autres procédés utiles en eux-mêmes, si, au lieu de s'en servir facilement et spontanément, on arrêtait sur eux l'attention et le travail qu'il faut destiner aux choses elles-mêmes. Il faut se faire

des habitudes de certains procédés propres à favoriser le jeu de l'entendement, et l'exemple des grands hommes doit inviter à ne pas les dédaigner. *Voltaire* aimait à travailler sur des épreuves bien nettes : il semble, dit-il, que l'esprit soit plus éclairé quand les yeux sont satisfaits. On sait que *Buffon* ne se mettait jamais au travail sans avoir disposé tout ce qui l'environnait avec une affectation dont se ressentent peut-être ses ouvrages.

Tschirnaüs, esprit minutieux, dont *Fontenelle*, dans ses éloges des académiciens, rapporte des traits caractéristiques, s'était appliqué à observer toutes les circonstances qui pouvaient avoir une influence sensible sur son travail. Ses recherches, aussi minutieuses que celles de *Sanctorius* sur la transpiration, ne sont peut-être pas plus utiles. Voici quelques-uns de ses résultats : « J'ai toujours éprouvé, dit-il (*Medicina corporis et mentis*), que je travaillais avec succès, 1°. quand j'avais mangé sobrement ; 2°. quand il s'était écoulé un temps suffisant après le repas ; 3°. pendant la nuit, parce qu'alors tout est dans le silence et le repos ; 4°. le matin avant le lever du soleil, quand l'air n'est pas encore échauffé ; 5°. l'hiver ; aussi je consacrais cette saison à ranger mes idées, tandis que j'employais l'été à faire surtout les expériences, etc., etc. » Au reste, l'auteur remarque lui-même que ces observations ne peuvent servir qu'à ceux qui se les sont rendues familières par l'expérience ; mais alors même son propre exemple prouve qu'elles ne suffisent pas pour procurer les grandes qualités de l'esprit.

Les philosophes de la Grèce, donnant leurs leçons dans des promenades et des jardins, offrent aux gens de lettres un utile exemple d'hygiène. *Iis qui in aperto ambulant*, dit Pline, *ingenium attollitur*. On se fait un double tort, en s'opiniâtrant à un travail sans relâche dans l'ombre du cabinet. D'abord, la constitution, énervée par l'inaction, réagit sur le caractère des idées. La faiblesse des gens de lettres en général a paru dans les grandes épreuves qui signalèrent la fin du dernier siècle ; et c'est à peine si quelques-uns, en mettant fin à leur

existence, ont montré du moins le courage qui dispense de tous les autres. D'un autre côté, toutes leurs fonctions languissent; les sécrétions se font mal; le travail de l'esprit les distrait des sensations qui avertissent que l'urine s'accumule dans la vessie; la formation des calculs est facile, et ajoute aux souffrances habituelles, qui font que tout homme de lettres appartient à la médecine comme une femmelette. L'homme qui médite est un animal malade. Point d'hypochondrie plus opiniâtre que celle des gens de lettres, et qui avoisine plus la folie. Les sensations dont les objets sont absens tendent à acquérir des dimensions démesurées, auprès desquelles la réalité paraît petite. Il en résulte le mécontentement et la tristesse, qui s'accroissent à leur tour, car, dans la solitude, les idées se boursoufflent comme les corps dans la machine pneumatique.

FIN.

APHORISMES.

I.

La nuit qui précède les crises est orageuse; celle qui suit est ordinairement plus calme. HIPP. *Sect.* 2, *aph.* 13.

II.

Les hommes en santé sont promptement abattus par des purgatifs, aussi-bien que ceux qui font usage de mauvais alimens. *Ib.*, *aph.* 36.

III.

Les enrouemens et les coryzas des vieillards n'arrivent jamais à une coction parfaite. *Ib.*, *aph.* 40.

IV.

Le vomissement de sang se guérit chez les femmes par l'éruption des règles. *Sect.* 5, *aph.* 32.

V.

Frequens sympathia cerebris mutatur in idiopathiam. (DURET.)

VI.

Melancholiâ hypochondriacâ laborantes tùm demum curati dicuntur cum pinguescunt. (BAILLOU, *Consilium* IX, d'après MESUÉ.)

DISSERTATION

N° 202.

SUR LES

RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL DE L'URÈTRE,

ET LEURS TRAITEMENS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ABEL HIBON, né à Saint-Leu,

(Ile Bourbon.)

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Président.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires,

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec, *Suppléant.*
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille, *Examinateur.*
Dance.	Ratheau, *Examinateur.*
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A. HIBON.

DISSERTATION

SUR LES

RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL DE L'URÈTRE,

ET LEURS TRAITEMENS.

AVANT de parler des altérations de l'urètre, j'aurais pu donner la description de ce conduit; mais je me contente de renvoyer aux auteurs qui ont donné les détails les plus minutieux sur l'anatomie de cette partie.

Définition des rétrécissemens de l'urètre.

Le rétrécissement de l'urètre (en latin *contractio, coarctatio*) est l'état pathologique de ce canal dans lequel il existe un ou plusieurs obstacles partiels ou complets à l'émission de l'urine, sans le concours de corps étrangers, agissant soit en l'obstruant, soit en le comprimant.

Division.

Les rétrécissemens ainsi définis se divisent naturellement en deux classes :

1° Rétrécissemens spasmodiques;

2° Rétrécissemens inflammatoires.

Il est nécessaire de former deux sections de cette seconde classe : la première comprendra les *rétrécissemens inflammatoires aigus ;* la seconde, les *rétrécissemens inflammatoires chroniques ;* ils sont aussi appelés *organiques* ou *permanens.*

Dans les rétrécissemens spasmodiques, il y a seulement *coarctation,* resserrement des parois de l'urètre ; dans les rétrécissemens inflammatoires aigus, il y a engorgement, turgescence de la membrane muqueuse urétrale, et même des tissus circonvoisins ; tandis que dans les rétrécissemens inflammatoires chroniques, il s'est fait une grande modification dans la structure des parois, ou même, au rapport de certains auteurs, une organisation d'un tissu nouveau.

Formes.

On ne peut que difficilement assigner la forme que peuvent avoir les rétrécissemens spasmodiques, qui sont tout à fait momentanés. Ces rétrécissemens ont rarement dans chaque point qu'ils occupent plus plus d'une ligne et demie d'étendue, mais ils peuvent exister en même temps dans différens endroits de l'urètre.

Le rétrécissement inflammatoire aigu devrait présenter une sorte de cylindre formé par le boursoufflement de la membrane muqueuse.

Les formes sous lesquelles le rétrécissement chronique se montrent sont très-variées, tantôt ce sont des callosités, quelquefois des nodosités, d'autres fois des brides ou diaphragmes. Ces diverses altérations peuvent avoir lieu ensemble ou séparément. J'aurai encore à parler plus au long sur ce sujet.

Causes.

Les enfans, les hystériques, et en général les sujets extrêmement irritables sont plus prédisposés aux rétrécissemens spasmodiques. Les excès de table, surtout de boissons alcoholiques ; l'abus du coït ou de la masturbation, toutes les affections vives de l'âme, les courses, etc., telles

sont les causes déterminantes de cette affection ; il faut aussi y joindre les érections fréquentes, l'irritation du canal occasionnée par la présence d'une pierre, d'un morceau de sonde ou de tout autre corps étranger. Il est des personnes dont le canal, quoique sain, est d'une sensibilité si exquise, qu'il se contracte violemment lorsqu'on veut pratiquer le cathétérisme. Cet effet tient à des spasmes qui disparaissent promptement, et qu'il est bon de ne pas confondre avec la maladie dont je viens d'exposer les causes.

Le rétrécissement inflammatoire aigu provient d'un coït impur, ou seulement prolongé avec excès, d'une chute sur le périnée, de corps étrangers dans le canal, d'injections âcres, et même de l'emploi des cantharides à l'extérieur ou à l'intérieur.

Le rétrécissement organique est toujours produit par une urétrite aiguë ou chronique, dont l'intensité et les causes peuvent varier.

Siéges.

Le rétrécissement spasmodique a lieu presque toujours à la partie membraneuse du canal, ou à la réunion de cette partie avec le bulbe. Il est rare qu'il ait, comme je l'ai déjà dit, plus d'une ligne et demie d'étendue, et qu'il soit unique.

Le rétrécissement inflammatoire aigu occupe d'ordinaire une portion assez grande de l'urètre, quelquefois même toute sa longueur ; cependant c'est le plus souvent à la région bulbeuse chez les adultes et à la région prostatique chez les vieillards qu'il se fait remarquer.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le siége le plus ordinaire des rétrécissemens organiques. *Ducamp* les place à quatre pouces neuf lignes, ou à cinq pouces à partir du méat urinaire. *Lallemand* dit que le plus grand nombre se trouve être en arrière de la courbure sous-pubienne. Il est à remarquer que les observations que *Ducamp* lui-même a consignées dans son traité des rétentions d'urine viennent à l'appui de l'assertion du professeur de Montpellier. On en a trouvé dans toute la longueur de l'urètre, et même au col de la vessie et au méat uri-

naire. Leur nombre est le plus souvent de deux ou de trois; il est rare qu'il n'y en ait qu'un; on en a vu sept et même huit chez le même individu.

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique n'offre aucune lumière sur les rétrécissemens spasmodiques et sur les rétrécissemens inflammatoires aigus, seulement dans ces derniers la membrane muqueuse est plus injectée. C'est probablement à ces cas qu'on doit rapporter les ulcérations offertes par cette membrane dans les points où existait l'obstacle, et surtout au verumontanum et au bulbe.

A l'ouverture de l'urètre de ceux qui ont succombé pendant la série des accidens qui accompagnent les rétrécissemens organiques, on voit que ces obstacles sont formés, dans le plus grand nombre des cas, par la membrane muqueuse, devenue rugueuse et calleuse. Ainsi altérée, elle forme des éminences qui, d'une part, rétrécissent plus ou moins le diamètre du canal, et de l'autre s'élèvent autant sur la face adhérente de la membrane muqueuse; c'est M. *Lallemand* qui le premier a signalé cette disposition.

Ce tissu est d'un blanc jaunâtre, résistant, ferme, peu élastique, facile à déchirer, sans apparences de fibres charnues, se rapprochant d'autant plus du cartilage qu'il est plus ancien. Cet épaississement existe dans toute ou partie de la circonférence de la membrane muqueuse, et s'étend beaucoup plus en longueur que les autres dégénérescences de cette membrane. Souvent le tissu cellulaire sous-muqueux est aussi passé à l'état d'induction; cette complication a lieu lorsque l'inflammation s'est étendue à ce tissu; il n'est pas rare alors de sentir, en portant le doigt sur le trajet de l'urètre, des bosselures qui soulèvent les tégumens. *Chopart*, *Hunter*, *Bell*, *Ducamp* et M. *Lallemand* rapportent des exemples de ces rétrécissemens qui s'étendent dans une longueur d'un à trois pouces. Le diamètre du conduit que circonscrivent ces épaississemens de parois est le plus souvent très-étroit.

Dans des cas plus rares, il existe des brides dans l'urètre; leurs formes et leurs directions varient; elles sont obliques ou transversales, se présentent sous la forme de grosses fibres, de cloisons, de diaphragmes membraneux ou même cartilagineux; elles sont blanches, et d'autant plus dures qu'elles sont plus anciennes. Les opinions sont très-variées sur leur formation. On les a fait provenir de la cicatrisation d'ulcères isolés; *Ducamp* pense qu'elles sont formées par l'organisation de concrétions membraniformes, sécrétées accidentellement.

Ne pourrait-il pas se faire que les brides fussent produites par l'adhérence que contracteraient ensemble les diverses parties de la membrane muqueuse maintenues en contact par un gonflement inflammatoire? Leur nombre varie d'une jusqu'à quatre. Quelquefois leur base est large, vasculeuse, saillante, et certainement formée par la membrane muqueuse épaissie. Entre des brides ou des épaississemens on rencontre souvent de petites saillies dures, rondes, nombreuses, évidemment formées par l'induration partielle des parois de l'urètre. La direction du canal est souvent modifiée par la présence de corps qui se développent dans son voisinage. Le développement morbide de la prostate ou l'*enchatonnement* d'une pierre volumineuse derrière le col de la vessie lui fait faire une courbure dont la convexité est en haut. Lorsque les rétrécissemens organiques sont très-anciens, on y voit des fongosités, qu'il ne faut pas confondre avec les carnosités ou caroncules des anciens, dont l'existence est encore admise par *Hunter*, *Bell*, etc. Je ne parlerai pas des fausses routes, des orifices de fistules et des autres altérations que peut présenter l'urètre.

La portion de ce canal postérieure à la coarctation est d'une capacité beaucoup plus grande que dans l'état normal. Les follicules muqueux et leurs orifices sont souvent considérablement développés; la partie correspondante de la membrane muqueuse est souvent fongueuse et épaissie.

Symptômes généraux.

La rétention d'urine partielle ou complète est commune à toutes les coarctations de l'urètre. L'éjaculation du sperme est difficile ou même impossible. La vessie se contracte souvent pour l'expulsion de l'urine ; toutefois il lui est impossible de s'en débarrasser entièrement, et ce liquide, s'accumulant dans sa cavité, distend ses parois et la porte au-dessus du pubis. L'introduction d'une sonde est difficile ou impossible. L'urine, par son séjour prolongé dans la vessie, se corrompt, est absorbée, il y a transpiration urineuse, fièvre. Le malade rapporte toujours la douleur à un des points du canal ; il est dans une agitation excessive ; dans les cas extrêmes, le délire se manifeste. A ces symptômes généraux se joignent ceux qui sont propres à chacune des espèces de rétrécissemens, et qui seront exposés plus en détail dans ticle suivant.

Symptômes particuliers.

Le rétrécissement spasmodique, par la promptitude de son invasion et de sa disparition, se distingue de la seconde classe de rétrécissemens. On doit tenir compte des circonstances commémoratives. C'est ainsi qu'on l'a vu survenir à la suite d'une amputation de la cuisse. La douleur est vive, mais limitée au point de la coarctation.

Ce n'est qu'après quelques jours d'une urétrite aiguë qu'apparaissent les symptômes du rétrécissement inflammatoire aigu. L'urine sort en petite quantité, le malade redoute de satisfaire au besoin d'uriner qui le presse, les douleurs sont atroces, et se font sentir dans tout le canal ; les érections sont fréquentes, prolongées ; la verge augmente de volume, se recourbe ; il sort de l'urètre un écoulement abondant, souvent un des testicules se gonfle. La fièvre est forte, continue ; les artères battent avec violence. Les sujets qui en sont attaqués sont d'ordinaires robustes et sanguins. Dans les rétrécissemens inflammatoires chroniques, la manière lente dont les rétentions s'établissent sert surtout de symptôme caractéristique. Il existe presque toujours une blennorrhée habituelle, d'autres fois accidentelle, ou

même intermittente. La douleur est nulle ou très-faible; les malades se plaignent d'une sorte de démangeaison dans le point rétréci; ils éprouvent souvent une pesanteur au périnée et à la marge de l'anus. En introduisant alors le doigt dans l'anus, on sent quelquefois la tumeur formée par la partie de l'urètre dilatée. Il n'existe qu'un rétrécissement, et il n'est pas éloigné du méat urinaire, si le jet de l'urine est seul diminué et s'il sort en formant l'arcade. Dans le cas où un obstacle même peu considérable serait près du col de la vessie ou occuperait son col, la projection de l'urine ne pourrait avoir lieu. La même chose se remarque lorsqu'il existe plusieurs rétrécissemens. La forme que l'urine affecte en sortant du canal varie suivant l'espèce de tissu développé. Le jet est embarrassé, entortillé ou bifurqué. Il est ensuite interrompu, tombe perpendiculairement du méat; enfin l'urine ne sort plus que par goutte, et plus tard se supprime totalement. Il faut souvent des années pour que la maladie arrive à cet état, et ce n'est d'ordinaire qu'après que le canal a été le siége de plusieurs inflammations successives. Ces divers rétrécissemens se compliquent souvent ensemble; et alors les divers symptômes qui les caractérisent se trouvent réunis. Quelquefois pendant l'orgasme vénérien, les malades éprouvent une vive douleur au point rétréci, et rendent un peu de sang après le coït. L'éjaculation est libre ou gênée suivant que l'obstacle se trouve au-delà ou en-deçà de l'orifice des conduits éjaculateurs. Dans ce dernier cas, le sperme s'écoule lentement après que l'érection a cessé, ou bien il ne sort que mélangé avec l'urine, lorsqu'après beaucoup d'efforts le malade parvient à l'expulser; quelquefois même il est porté dans la vessie.

Diagnostic.

Il est très-urgent de savoir à quelle classe ou division appartient le rétrécissement urétral; car du diagnostic qu'on portera dépend le traitement à suivre. C'est de la complication d'un rétrécissement inflammatoire aigu avec un rétrécissement organique qu'est produit le plus grand nombre des ischuries urétrales.

Il est facile de juger ces complications. Il importe de distinguer le rétrécissement de l'urètre de sa compression par les corps étrangers développés dans les tissus voisins ; cet état a reçu le nom de *rétrécissement symptomatiques*. On a souvent pris pour un rétrécissement de la région prostatique du canal une tumeur, un abcès, un squirrhe ou un cancer de la prostate. On évitera une telle méprise en portant le plus profondément possible dans le rectum le doigt indicateur après l'avoir enduit d'un corps gras. Le toucher fait facilement connaître si la prostate n'est plus dans son état naturel ; et lorsqu'on est certain, par l'état de fétidité des urines et par les débris dont elles sont chargées, qu'il existe un véritable cancer de la prostate, on conçoit toute la gravité du prognostic qu'on doit porter.

La paralysie de la vessie, la suppression d'urine peuvent d'abord être prises pour un rétrécissement, mais le cathétérisme dissipe tous les doutes. En effet, dans ces affections rien ne gêne l'introduction de la sonde. Souvent le rétrécissement est joint au catarrhe et même à la paralysie de la vessie. Le diagnostic se tire alors des circonstances commémoratives et de la réunion des symptômes qui caractérises ces diverses maladies. Des personnes affectées de calculs, de polypes de la vessie ont été traitées comme si elles avaient des rétrécissemens. En général : on peut dire que lorque les urines ne peuvent être expulsées, on suppose l'existence du rétrécissement, et que c'est le cathétérisme qui confirme cette opinion, sauf le cas que j'ai noté, où il faut avoir recours à d'autres investigations.

Prognostic.

Il faut que l'irritation nerveuse ou l'inflammation soit excessive pour que le prognostic des rétrécissemens spasmodiques et inflammatoires aigus soit fâcheux. Le rétrécissement organique abandonné aux seules ressources de la nature produirait de graves infirmités, ou même serait souvent mortel ; traité à son début, la guérison est facile ; plus tard elle est toujours praticable, à moins de cas excessivement rares ou

de complications fâcheuses. Les accidens consécutifs sont la plupart curables à leur début; mais s'ils sont anciens, ils persistent souvent malgré tous les traitemens qu'on leur oppose.

Traitement.

Je diviserai le traitement en ***simple*** et en *composé* : j'appelle *traitement simple* celui dans lequel on n'est obligé d'employer que les antiphlogistiques et les antispasmodiques ; j'appellerai, au contraire, *traitement composé*, celui où, ces moyens étant insuffisans, il faudra employer la dilatation ou la cautérisation.

Traitement simple. Dans les rétrécissemens spasmodiques, la diète, les bains tièdes, les fomentations anodines et calmantes sont très-utiles. Les lavemens émolliens doivent être administrés au début; par la suite, on peut y ajouter un demi-gros de laudanum liquide de *Sydenham.* On peut ordonner des loochs, des juleps calmans, des pilules avec addition d'un narcotique, tel que l'opium à la dose de quelques grains, ou du camphre; ce dernier paraît surtout avoir une action spécifique sur les voies urinaires et diminuer leur irritation. Une saignée du bras peut être très-utile. Les essais de cathétérismes sont très-nuisibles et augmentent les constrictions du canal. Dans les rétrécissemens inflammatoires aigus, il faut avoir rerours au traitement antiphlogistique le plus actif. La saignée peut être répétée plusieurs fois au bras et même au pied ; les applications de sangsues au périnée et au pourtour de l'anus doivent être faites de manière à produire un dégorgement local très-prompt. Je ne peut fixer le nombre des sangsues à appliquer à la fois ; il faut le proportionner à la force du malade ; cependant je pense qu'on doit éviter de faire une trop faible application, qui produirait un effet contraire à celui qu'on voudrait obtenir. Après les évacuations sanguines viennent les bains généraux, les bains de siége mucilagineux ; les lavemens, les cataplasmes émolliens et calmans ; les boissons délayantes, les décoctions de graines de lin édulcorées avec du sirop de gui-

mauve. Lorsqu'il y a strangurie ou ischurie, il faut limiter la quantité de liquide que doit prendre le malade, dans la crainte d'augmenter les dangers de l'accumulation de l'urine dans la vessie et ses dépendances. Dans les rétrécissemens chroniques, le traitement simple n'est nécessaire que lorsqu'ils sont compliqués du spasme ou de l'inflammation ; c'est, il est vrai, ce qui arrive d'ordinaire lorsque les malades réclament les soins du médecin, car souvent ils ne soupçonnent même pas la maladie, qui a mis quelquefois des années à se développer. Les mercuriaux, en détruisant la cause syphilitique qui entretenait un écoulement chronique, ont quelquefois mis un terme aux rétrécissemens qui en étaient la suite.

Traitement composé. J'ai ainsi désigné ce traitement, parce qu'il exige le concours d'instrumens, de soins assidus, et qu'il faut beaucoup de temps pour obtenir des résultats avantageux. Il comprend deux méthodes, la dilatation et la cautérisation. On dit généralement que la première méthode a pour résultat de rendre à l'urètre son diamètre en affaissant les obtacles, et la seconde en les détruisant. Les succès obtenus par les deux méthodes me font croire que dans beaucoup de cas leur action est la même, c'est-à-dire qu'elles produisent la résolution des obstacles en y faisant développer une inflammation salutaire. La dilatation s'obtient par des bougies ou des sondes. Les bougies le plus généralement employées sont en gomme élastique ou en corde à boyau ; on a longuement controversé sur la préférence à accorder à l'une ou à l'autre. La bougie de gomme élastique est d'un usage plus commun à Paris, parce qu'elle réunit la solidité, la durée et le poli. Celle de corde à boyau est préférable lorsqu'il faut pénétrer au travers d'un rétrécissement qui donnerait à peine passage à une chanterelle de violon. La faculté qu'elle a de se dilater lui assure dans ces cas l'avantage. Les bougies qui peuvent être couvertes d'une substance médicamenteuse sont des cylindres droits, pleins, plus gros à leur extrémité externe qu'à l'interne ; elles cèdent moins contre les obtacles. Elles s'emploient lorsque le rétrécissement

n'est pas ancien, que l'urine peut encore sortir entre elle et la paroi resserrée. Ce traitement est douloureux au commencement, mais la douleur finit par se calmer. Le traitement par les sondes, a l'avantage de dilater le canal et d'évacuer l'urine. Tuyaux cylindriques, elles sont flexibles lorsqu'elles sont de gomme élastique ; celles qui sont inflexibles sont faites d'argent, d'or ou de platine ; ces derniers métaux sont préférables lorsqu'on veut les avoir d'une grande solidité jointe à un petit volume.

Ces sondes métalliques ne présentent plus qu'une courbure vers leur extrémité interne, ou même sont tout à fait droites : ces dernières sont d'une introduction plus difficile ; mais avec de l'exercice on acquiert facilement la dextérité nécessaire pour s'en servir avec avantage. M. *Boyer* a imaginé de rendre le bec de la sonde métallique conique, et avec cet instrument il parvient toujours à forcer l'obstacle et à pénétrer dans la vessie. Elle doit être d'un calibre moyen, et avoir des parois assez fortes pour ne pas plier contre les obstacles. On doit apporter une grande attention à la manière dont la sonde doit être terminée. Il faut, le plus possible, que son extrémité vésicale soit arrondie, afin qu'elle soit capable de dilater l'obstacle et non de *percer*. Pour obtenir une guérison complète par les sondes, il faut en augmenter progressivement le calibre jusqu'à ce qu'il soit regardé comme suffisant, et en continuer l'usage jusqu'à ce que le canal n'offre plus d'obstacles au cours de l'urine. Après la guérison, on doit ne pas négliger d'introduire de temps en temps une sonde d'un gros calibre dans l'urètre, de cette manière on évitera la récidive, ou au moins on sera à temps d'y remédier. Lorsqu'on est parvenu à faire pénétrer une sonde dans la vessie, et ordinairement c'est le numéro 3 ou 4, on est averti qu'il faut la remplacer par un numéro supérieur lorsque l'urine passe entre la sonde et les parois de l'urètre. Toutefois, tous les huit ou dix jours on doit retirer la sonde, dans la crainte qu'elle ne s'incruste des divers sels qui concourent à la formation des calculs, et qu'en perdant son poli elle ne devienne rugueuse, ou même qu'elle ne se brise si elle n'était pas d'une bonne confection. On s'est long-temps servi de di-

verses sondes emplastiques, dont on variait la composition suivant les indications qu'on croyait avoir à remplir.

Traitement par cautérisation. C'est le nitrate d'argent qui en est l'agent actif. On l'a employé en faisant une application fort légère contre les rétrécissemens spasmodiques rebelles; mais il ne peut que nuire dans le traitement des rétrécissemens inflammatoires aigus. C'est contre les rétrécissemens organiques qu'il est préconisé. Avant *Ducamp*, on se servait de la bougie armée de *Hunter;* malgré la canule d'argent qui servait à conduire le caustique jusqu'au rétrécissement, comme il agissait d'avant en arrière, il ne manquait pas de porter son action sur des parties saines : de là des douleurs et même l'irritation de ces parties, et de nouvelles causes de rétrécissemens; souvent même le nitrate se détachait de la bougie, et on était obligé de la maintenir contre le rétrécissement pour tâcher d'utiliser un accident qui peut être très-fâcheux.

Ducamp a conçu l'idée de porter le nitrate d'argent dans le rétrécissement même, et de cautériser de dedans en dehors. Pour obtenir ce résultat, il inventa un appareil qu'il appela *porte-caustique.* Il se compose d'une sonde et d'une bougie de gomme élastique. La sonde est percée aux deux extrémités, et est destinée à recevoir la bougie. Cette sonde est du numéro 8 ou 9, de huit pouces de longueur, portant les divisions du pied. La bougie porte à sa pointe un petit cylindre en platine creusé sur un de ses côtés pour recevoir le nitrate. (Je renvoie pour la description détaillée au Traité des rétentions d'urine de *Ducamp,* page 189, trois. éd.) Par le moyen d'un peu de cire, il empêchait l'humidité de pénétrer dans son appareil. Le conducteur et la bougie s'avancent ensemble jusqu'à l'obstacle; c'est alors que la bougie sort pour y pénétrer seule.

M. *Lallemand* trouvant que les parties antérieures à l'obstacle étaient encore exposées à l'action du caustique, y substitua sa sonde à cautériser, qui est préférable, surtout parce qu'elle peut cautériser à une plus grande distance; que la sonde étant en platine, peut être d'un

volume beaucoup moindre, et que le conducteur et le mandrin porte-caustique entrent ensemble dans l'obstacle, et que c'est le conducteur qui se retire pour laisser le caustique agir contre le rétrécissement. Lorsque c'est une sonde à cautériser droite, le même mandrin peut servir; mais lorsqu'elle est courbe, il est nécessaire d'en avoir plusieurs de rechange ayant l'ouverture de la cuiller sur la convexité, ou sur la concavité, ou à droite ou à gauche, suivant le point de la circonférence qu'il faut attaquer; car, dans ce dernier cas, on ne peut faire tourner sur lui-même le mandrin qui est dans la sonde. M. *Ségalas* se sert d'une sonde porte-caustique qui réunit les avantages de celle de *Ducamp* et de celle de *Lallemand*.

Dans plusieurs cas où M. *Lallemand* n'a pu dilater suffisamment l'obstacle pour y introduire la sonde à cautériser, il a pratiqué avec succès la cautérisation d'avant en arrière avec la bougie armée. Il lui est une fois arrivé que le cône de nitrate d'argent s'est brisé dans l'urètre, et n'a pu être extrait. On évitera cet accident en substituant à la bougie armée une tige d'argent ou de platine d'un diamètre convenable, recouverte de nitrate à son extrémité vésicale. Le nitrate d'argent sera préparé de la manière suivante : si c'est une tige d'argent, on trempe cette extrémité dans de l'acide nitrique concentré, on la place au-dessus de la flamme d'une bougie; il se forme aussitôt du nitrate d'argent sous forme de cristaux confus contenant une petite quantité d'eau; en l'exposant encore à la chaleur, l'eau s'évapore, le sel se boursouffle, se fond et s'affaisse lorsqu'il est anhydre; c'est dans cet état qu'en tournant la tige entre les doigts on peut rendre le nitrate plus épais dans un des points de son extrémité; il faut alors faire cesser l'action du calorique, car si elle se prolongeait le nitrate se décomposerait, et l'argent serait revivifié. Le sel, en se refroidissant, adhère fortement à l'argent de manière à former corps avec lui. Lorsqu'on se sert d'une tige de platine, il suffit, ayant fait fondre le nitrate dans une capsule, d'y tremper l'extrémité de la tige; lorsqu'il est sec, on le retrempe de nouveau dans le nitrate fondu pour avoir une couche plus forte, et on peut de la même manière l'augmenter à volonté. Pour avoir

une plus forte adhérence, on porte l'extrémité chargée de nitrate au-dessus de la flamme d'une bougie comme précédemment; on continue l'action du calorique jusqu'à ce que l'argent soit revivifié et se trouve appliqué sur le platine; on trempe alors cette extrémité dans de l'acide nitrique concentré, et on agit comme si c'était une tige d'argent; de cette manière, le nitrate adhère fortement au platine, et y est comme incrusté. Je pense que cette tige caustique aurait beaucoup d'avantages sur la sonde à cautériser lorque le rétrécissement serait au-delà de la courbure de l'urètre, et qu'il conviendrait de le cautériser circulairement. On sait que dans la sonde à cautériser courbe le caustique ne peut agir que sur un des points de la circonférence du rétrécissement, car la courbure empêche de le faire tourner pour qu'il puisse agir circulairement. C'est mon ami, M. le docteur *Gabriel Pelletan*, qui le premier forma ainsi des tiges caustiques. (Tom. 1^er^., Journal de chimie médicale.) Il emploie avec le plus grand succès ce mode de cautérisation pour détruire les pédicules des polypes des fosses nasales et des fongosités de l'arrière-bouche, et alors il se sert d'une tige d'argent préparée de la même manière et munie d'un conducteur.

Pour juger de l'existence des rétrécissemens, on a recours à la sonde exploratrice de *Ducamp*, ou aux bougies enduites de cire à mouler de M. *Lallemand ;* celles-ci ont l'avantage de donner en même temps l'empreinte de plusieurs rétrécissemens; mais la sonde exploratrice est préférable pour faire connaître les rétrécissemens considérables. Les empreintes sont d'autant plus fidèles qu'elles représentent un rétrécissement moins éloigné du méat urinaire. Il existe des dilatateurs à air, à eau, des bougies à ventre ; ces instrumens sont très-peu employés. Depuis *Ducamp*, on avait cru que la dilatation était toujours indispensable après la cautérisation; de nombreux exemples ont prouvé le contraire, nous les devons à l'obstination des malades chez qui la cautérisation ayant produit l'effet qu'ils désiraient, c'est-à-dire le rétablissement du cours des urines, n'ont pas voulu se soumettre à la dilatation, qui est ordinairement très-douloureuse après l'emploi du caustique.

Dans l'état actuel de la science, il ne m'appartient pas d'adopter, à l'exclusion de l'autre, une de ces deux grandes méthodes de traitemens des rétrécissemens. Je sais que des praticiens distingués obtiennent de toutes deux de grands succès.

Je termine en établissant la proposition suivante : le nitrate d'argent porté sur un rétrécissement de l'urètre agit-il toujours en produisant une perte de substance, ou bien en y faisant développer une inflammation résolutive?

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Quibus hypochondria elevata sunt murmurantia, dolore lumborum superveniente, his alvi humectantur : nisi flatus erŭperint, aut urinæ copia prodierit. In febribus autem hæc. *Sect.* 4, *aph.* 73.

II.

Si quis sanguinem, aut pus mingat, renum, aut vesicæ exulcerationem significat. *Ibid.*, *aph.* 75.

III.

Si quis sanguinem mingat, et grumos, et urinæ stillicidium habeat, et dolor incidat ad imum ventrem, et perinæum, partes circa vesicam laborant. *Ibid.*, *aph.* 80.

IV.

Quibus in urinariâ fistulâ tuberculum nascitur, his, suppurato eo et perrupto, solutio fit *Ibid.*, *aph.* 82.

V.

Urinæ difficultatem venæ sectio solvit ; secandæ verò internæ. *Sect.* 6, *aph.* 36.

VI.

In morbo diuturno, appetitus prostratus, et meracæ dejectiones, malum. *Sect.* 7, *aph.* 6.

H111 Paris.Univ.Fac.de mèd.
P232 Thèses
L829 27552
nos.167-202

NAME	DATE DUE